|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| VICERRECTORÍA ACADÉMICADirección de Docencia |

 |  | **FECHA INSCRIPCIÓN DEPARTAMENTO:** **REGISTRO: (Docencia): RM** |

## INSCRIPCION DE MEMORIAS Y TESIS DE TITULO

(PRE-GRADO)

**PROFESOR GUIA\***

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERNO** | **EXTERNO** |
| **PROFESOR:** | **PROFESOR COLABORADOR:** |
| **DEPARTAMENTO:** | **DEPARTAMENTO:** |
| **JERARQUIA ACADEMICA:**  | **JERARQUIA ACADEMICA:**  |
| **TIPO CONTRATO:** | **TIPO CONTRATO:** |
| **FIRMA:** | **FIRMA:** |

\* Profesor Guía: es aquel que efectivamente actúa dirigiendo la tesis del alumno y posee la autoridad académica para ello. Puede ser del departamento de origen del alumno o de otra unidad académica de la UMCE.

\*\* Profesor Colaborador, es aquel que apoya en algún área específica al desarrollo de la Investigación, **el cual queda sujeto a la necesidad que estime el estudiante** para el logro de los objetivos planteados en esta investigación. Esta colaboración, es ad honorem.

|  |
| --- |
| **TITULO DE LA MEMORIA:** |

|  |
| --- |
| **ESTUDIANTES MEMORISTAS:** |
| **Apellidos** | **Nombres** | **N° RUT** | **Carrera** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| BREVE RESUMEN DE LA MEMORIA DE TITULO |
| Debe entregarse una idea sucinta y clara de la memoria de título, no excediendo el recuadro |
|  |

|  |
| --- |
| OBJETIVOS DE LA MEMORIA DE TITULO |
| Redacte los objetivos de la Memoria de Título en términos de producto final. |
| OBJETIVOS GENERALES |
|  |

|  |
| --- |
| OBJETIVOS ESPECIFICOS |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha de inicio |  | Fecha de término |  |

**Observaciones del Departamento Patrocinador. (Situación del o los alumnos involucrados).** *El Secretario Académico deberá acreditar con su firma y timbre, que el o los alumnos incluidos en esta inscripción, están matriculados a la fecha de iniciar este trámite.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FIRMA** |  | **FIRMA** |
| **DEPARTAMENTO DE ORIGEN** **(Departamento al cual pertenece el/la estudiante)** |  | **DEPARTAMENTO PATROCINADOR****(Departamento al cual pertenece el/la Prof. Guía).** |

**Santiago,**

**USO EXCLUSIVO DIRECCIÓN DE DOCENCIA:**

|  |  |
| --- | --- |
| La Dirección de Docencia, ha recibido la presente inscripción con fecha: |  |
| y la ha registrado con el código: |  |

|  |
| --- |
| **OBSERVACIONES:** |

 **DIRECCIÓN DE DOCENCIA**