**OFICIO DE AUTORIZACIÓN, CANCELACIÓN Y/O AMPLIACIÓN DE VIGENCIA DE LA ESPECIALIDAD**

**TecNM/INSTITUTO TECNOLÓGICO DE SAN JUAN DEL RÍO**

No. de oficio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(1)**

**JEFE(A) DE DEPARTAMENTO ACADÉMICO (2)**

**PRESENTE**

Comunico a usted que de acuerdo con el cumplimiento del Lineamiento para la Integración de Especialidades vigente, se (autoriza/cancela/amplia) la especialidad de(3)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con clave (4)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para el programa educativo de(5)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con clave(6)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para que se (imparta/deje de impartir) en este Instituto a partir del mes de(7)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año(8)\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con una vigencia de (9)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_años.

**ATENTAMENTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Director(a) del Instituto (10)**

c.c.p. Dirección de Docencia e Innovación Educativa del TecNM.

c.c.p. Subdirección Académica.

c.c.p. División de Estudios Profesionales.

c.c.p. Departamento de Servicios Escolares.

c.c.p. Archivo.

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Número** | **Descripción** |
| 1 | Anotar el nombre de la persona responsable de la Jefatura de Departamento Académico (indicando genero- Jefe o Jefa) |
| 2 | Anotar el Nombre del Departamento Académico. |
| 3 | Anotar el nombre de la especialidad. |
| 4 | Anotar la clave de la especialidad. |
| 5 | Anotar el programa educativo correspondiente. |
| 6 | Anotar la clave del programa educativo. |
| 7 | Anotar la fecha en que se empieza a impartir la especialidad. |
| 8 | Anotar el año en que se empieza a impartir la especialidad. |
| 9 | Anotar la vigencia de la especialidad. |
| 10 | Anotar el nombre de la persona a cargo de la Dirección del TecNM/ITSJR, indicando género. |