

## PROGRAMACIÓN EXAMEN DE GRADO

Programa:		
Fecha:	Hora:	Sala/Espacio:
Nombre del trabajo de Grado:		
Nombres y Apellidos Egresadas/os:		
1.		
2.		
3.		
4.		

**Consignar aprobación sólo después de recibir la validación de las áreas correspondientes, dentro del recuadro escribir: nombre del responsable del Vº Bº, cargo y fecha de verificación.**

Vº Bº Dirección Programa	Vº Bº Tesorería	Vº Bº Préstamos de Equipos
Vº Bº Biblioteca y Recursos Digitales CREA	Vº Bº Matrícula	Vº Bº Títulos y Grados

**Comisión (Nombres y Apellidos de los docentes):**

Presidente (a):	
Docente Guía:	
Docente Experto:	
Ministro de Fe:	

Nº Instancia:	Fecha Recepción:
---------------	------------------