FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL PARA EL PRODUCTO INTEGRADOR

PERÍODO ESCOLAR:

Nombre del alumno: _____ **Matrícula:**_____

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

Programa Educativo: _____ **Semestre**

Nombre del Asesor:_____

Título de PI :_____

Fecha del encuentro	Porcentaje de avance	Firma del asesor

Av. Universidad S/N Cd. Universitaria
San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México, C.P.P. 66455
Tels. (81) 14424400 ext. 4448 | 83294000 ext. 7216, 7234
correo electrónico: spi.fic@uanl.mx