



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD  
AUTÓNOMA  
METROPOLITANA**  
Unidad Lerma

**DIVISIÓN DE  
CIENCIAS  
BIOLÓGICAS Y DE LA  
SALUD**

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Nombre del Solicitante:

Matrícula:

Plan de Estudios / Servicio Social:

UEA:

Trimestre:

Observaciones:

Vo. Bo. del Responsable Institucional

Vo. Bo. del Responsable  
Académico de Laboratorio

---

Nombre y Firma

---

Nombre y Firma

Sello de Autorización

Fecha de autorización: