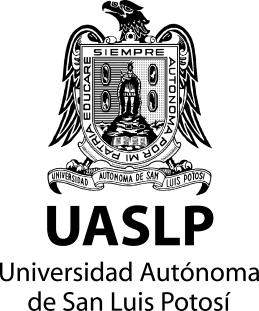
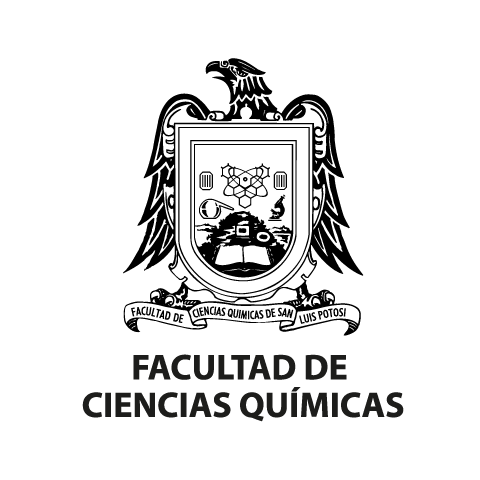
**Formato D-3**

San Luis Potosí, S.L.P. fecha

Estimada Lic. Zita Acosta.

Por medio de la presente, (nombre del alumno), alumno de (maestría o doctorado) del Posgrado (indicar nombre del Posgrado al que está adscrito) solicito su anuencia para realizar el autoarchivo de la versión final de la tesis (nombre de la tesis) en el Repositorio Institucional de la UASLP.

Firma del estudiante

(Nombre del estudiante)

NOTA: Enviar por correo electrónico a la Lic. Zita Acosta, con copia al director de tesis

biblioteca.posgrados@cq.uaslp.mx