**COORDINACIÓN DEL PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE **MATERIAS OPTATIVAS**

CAMPO DEL CONOCIMIENTO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ciencias Médicas | ( ) | Humanidades en Salud | ( ) |
| Ciencias de la Salud | ( ) | Ciencias Odontológicas Básicas | ( ) |
| Ciencias Sociomédicas | ( ) | Ciencias Odontológicas Clínicas | ( ) |
| | | Investigación Clínica Experimental en Salud | ( ) |

NOMBRE: _____ No. Cta._____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

SEMESTRE DE INGRESO: _____ SEMESTRE EGRESO: _____ ENTIDAD ACADEMICA/_____
CAMPO DISCIPLINARIO

NOMBRE DEL TUTOR O TUTORES: _____

TÍTULO DE PROYECTO: _____

_____

_____

| NOMBRE DE LA ASIGNATURA | CLAVE | CRÉDITOS | SEMESTRE | CALIFICACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Anexar: Copia del historial académico, marcando las materias optativas.

Cd. Universitaria, Cd. Mx. a _____ de _____del _____.

_____ _____ _____
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTIDAD Y/O CAMPO DISCIPLINARIO

**COORDINACIÓN DEL PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

# ACREDITACIÓN DE **JURADO** PARA EXAMEN DE GRADO DE MAESTRÍA

CAMPO DEL CONOCIMIENTO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ciencias Médicas | ( ) | Humanidades en Salud | ( ) |
| Ciencias de la Salud | ( ) | Ciencias Odontológicas Básicas | ( ) |
| Ciencias Sociomédicas | ( ) | Ciencias Odontológicas Clínicas | ( ) |
| | | Investigación Clínica Experimental en Salud | ( ) |

NOMBRE: _____ No. Cta._____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

SEMESTRE DE INGRESO: _____ SEMESTRE EGRESO: _____ENTIDAD ACADEMICA/_____
CAMPO DISCIPLINARIO

NOMBRE DEL TUTOR O TUTORES: _____

TÍTULO DE PROYECTO: _____

_____

_____

_____

**LA VIGENCIA DE ACREDITACIÓN SERÁ DE 6 MESES A PARTIR DE LA FECHA DEL ACUERDO**

| NOMBRE | ADSCRIPCIÓN | JUSTIFICACIÓN |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Deberá anexar:

- ✓ Autorización por parte del Subcomité Académico correspondiente para el desarrollo del proyecto de investigación (Carta de aceptación al Programa o acuerdos en los que se autorizó algún cambio de proyecto o ajuste de título).
- ✓ Carta del tutor notificando que la tesis reúne la originalidad y calidad suficiente para ser sometida a consideración el jurado de examen de grado.
- ✓ Tesis engargolada confirmas del tutor, del responsable de la Entidad Académica y del alumno.

Cd. Universitaria, Cd. Mx, a _____ de _____del _____.

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO | NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR | NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTIDAD Y/O CAMPODISCIPLINARIO |

**COORDINACIÓN DEL PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA **PRESENTAR EXAMEN DE GRADO** DE MAESTRÍA

CAMPO DEL CONOCIMIENTO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ciencias Médicas | ( ) | Humanidades en Salud | ( ) |
| Ciencias de la Salud | ( ) | Ciencias Odontológicas Básicas | ( ) |
| Ciencias Sociomédicas | ( ) | Ciencias Odontológicas Clínicas | ( ) |
| | | Investigación Clínica Experimental en Salud | ( ) |

NOMBRE: _____ No. Cta._____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

SEMESTRE DE INGRESO: _____ SEMESTRE EGRESO: _____ ENTIDAD ACADEMICA/_____
CAMPO DISCIPLINARIO

NOMBRE DEL TUTOR O TUTORES: _____

TÍTULO DE PROYECTO: _____

_____

_____

_____

Modalidad

| | |
|---|---|
| Tesis | ( ) |
| Ingreso al Doctorado | ( ) |

Cd. Universitaria, Cd. Mx, a _____ de _____del _____.

_____ _____ _____
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR NOMBRE YFIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTIDAD Y/O CAMPODISCIPLINARIO

**COORDINACIÓN DEL PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

SOLICITUD DE

**PRÓRROGA PARA REALIZAR LOS TRÁMITES CONDUCENTES A LA OBTENCIÓN DEL GRADO**

CAMPO DEL CONOCIMIENTO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ciencias Médicas | ( ) | Humanidades en Salud | ( ) |
| Ciencias de la Salud | ( ) | Ciencias Odontológicas Básicas | ( ) |
| Ciencias Sociomédicas | ( ) | Ciencias Odontológicas Clínicas | ( ) |
| | | Investigación Clínica Experimental en Salud | ( ) |

NOMBRE: _____ No. Cta._____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

SEMESTRE DE INGRESO: _____ SEMESTRE EGRESO: _____

ENTIDAD ACADEMICA/ CAMPO DISCIPLINARIO: _____

NOMBRE DEL TUTOR O TUTORES: _____

TÍTULO DE PROYECTO: _____

_____

_____

_____

Cd. Universitaria, Cd. Mx. a _____ de _____del _____.

| | | |
|---|---|---|
| _____ | _____ | _____ |
| NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO | NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR | NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTIDAD Y/O CAMPO DISCIPLINARIO |