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

RATIFICACIÓN DE JURADO PARA EXAMEN DE GRADO

(SE DEBERÁ PRESENTAR CUANDO LA ACREDITACIÓN DEL JURADO TIENE MÁS DE 6 MESES DE ANTIGUEDAD)

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	( )

NIVEL MAESTRÍA ( ) DOCTORADO ( )

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	CARGO

Deberá anexar:
- ✓ Tesis Engargolada con Visto Bueno. del Tutor o publicación con análisis de proyecto.
- ✓ Copia oficio de designación de jurado vencido.

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

Nombres y firmas del Comité Tutor