



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

SOLICITUD DE REINCORPORACIÓN AL PROGRAMA

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 ACADÉMICA/
CAMPO DISCIPLINARIO _____

NOMBRE DEL TUTOR PRINCIPAL: _____

TÍTULO DE PROYECTO: _____

No. DE ACUERDO DE SUSPENSIÓN TEMPORAL EMITIDO POR EL SUBCOMITÉ _____

SEMESTRE AL QUE SE REINCORPORA: _____

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

Nombres y firmas del Comité Tutor (**Doctorado únicamente**)