

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		KESENTAK EXAMIEN DE G	MADO DE MINES	TIXIZ
Ciencias Médicas Ciencias de la Salud Ciencias Sociomédicas	() ()	Humanidades en Salud Ciencias Odontológicas Básica: Ciencias Odontológicas Clínica Investigación Clínica Experimen	IS	() () ()
NOMBRE:) NOMBRE(S)	No. Cta	
NOMBRE:APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO) NOMBRE(S)		
SEMESTRE DE INGRESO:	_ SEMESTRE EGRESO:	ENTIDAD ACADEM CAMPO DISCIPLIN		
NOMBRE DEL TUTOR O TUTORES:				
TÍTULO DE PROYECTO:				
Modalidad Tesis Productividad científica Artículo de investigación Ensayo crítico Examen General de Conoc Ingreso al Doctorado	() () () () cimientos () ()			
Anexar Solicitud de Autorizació	on para graduarse bajo c	alguna de las seis modalidad	es	
Cd. Universitaria, D.F., a de		del		
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO	NOMBRE Y FIRI		BRE Y FIRMA DEL RES	