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

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE **AJUSTE DE TÍTULO DE PROYECTO**

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 INICIAL

TÍTULO PROPUESTO:

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DE AJUSTE DE TÍTULO

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

Anexar resumen del proyecto.

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR

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