



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

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA GRADUARSE DE MAESTRÍA BAJO LA
MODALIDAD DE: **ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN**

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 ACADÉMICA/ _____
CAMPO DISCIPLINARIO

NOMBRE DEL TUTOR O TUTORES: _____

TÍTULO DE PROYECTO: _____

CITA COMPLETA DEL ARTÍCULO PUBLICADO

Cd. Universitaria, D.F., a _____ de _____ del _____.

Anexar copia de artículo publicado o carta de aceptación y artículo que se publicará.

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR

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