

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

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE **CAMBIO 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/ _____

7 5 A D C ' 8 9 9 G H 8 € G D F - B 7 - D 5 @

NOMBRE DEL TUTOR O TUTORES: _____

TÍTULO DE PROYECTO INICIAL

TÍTULO DEL PROYECTO PROPUESTO:

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DE CAMBIO DE PROYECTO

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

Anexar resumen del proyecto inicial y proyecto propuesto.

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