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

SOLICITUD DE **BAJA DEFINITIVA DEL 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 ACADEMICA/ _____
CAMPO DISCIPLINARIO

NOMBRE DELTUTORO TUTORES PRINCIPALES: _____

JUSTIFICACIÓN:

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

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

_____ _____ _____

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