



Programa de  
**MAESTRÍA y  
DOCTORADO** en  
Ciencias Médicas  
Odontológicas  
y de la Salud

Ciudad Universitaria, D.F. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

**Dr. Arturo Edgar Zenteno Galindo** Coordinador del  
Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias  
Médicas, Odontológicas y De la Salud.  
P r e s e n t e

Por medio de la presente me **comprometo** a cubrir todos los requisitos en tiempo y forma que marca la presente convocatoria y calendario establecidos por el Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, promoción 2017, y ratifico mi compromiso de realizar dichos trámites personalmente, no solicitar prórrogas para las actividades contempladas en esta convocatoria y acepto que los resultados emitidos por el Subcomité Académico son INAPELABLES y no podrán someterse a reconsideración.

En caso de ser aceptado para realizar mis estudios de Maestría o Doctorado, me comprometo a cumplir con lo establecido en el Reglamento General de Estudios de Posgrado, los Lineamientos Generales para el Funcionamiento del Posgrado y las Normas Operativas del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud.

Sin más por el momento, le envío un cordial saludo.

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo y Firma del Aspirante

\_\_\_\_\_  
Campo del Conocimiento / Campo disciplinario

\_\_\_\_\_  
Teléfono (domicilio y móvil)

\_\_\_\_\_  
Correo Electrónico