



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

Ciudad Universitaria, D.F. a _____ de _____ de _____.

DR. 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

Con base en la Legislación Universitaria 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 2017-2, y ratifico mi compromiso de realizar dichos trámites personalmente y no solicitar prórrogas para las actividades contempladas en esta convocatoria.

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

Teléfono (domicilio y móvil)

Correo electrónico