



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

**SOLICITUD DE CAMBIO DE INTEGRANTE(S) DE COMITÉ TUTOR**

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 ACADEMICA/ \_\_\_\_\_  
CAMPO DISCIPLINARIO

NOMBRE DEL TUTOR PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

MIEMBRO(S) DE COMITÉ TUTOR: \_\_\_\_\_

TÍTULO DE PROYECTO: \_\_\_\_\_

NOMBRE(S) DEL(LOS) NUEVO(S) INTEGRANTE(S): \_\_\_\_\_

JUSTIFICACIÓN

Cd. Universitaria, Cd. Mx, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR

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

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) y firma(s) del(los) nuevo(s) integrante(s) del Comité Tutor