



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

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE CAMBIO DE 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	()

NIVEL MAESTRÍA () DOCTORADO ()

NOMBRE: _____ No. Cta. _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

SEMESTRE DE INGRESO: _____ SEMESTRE EGRESO: _____ ENTIDAD ACADEMICA/ CAMPO DISCIPLINARIO _____

NOMBRE DEL TUTOR INICIAL: _____

NOMBRE DEL TUTOR PROPUESTO: _____

JUSTIFICACIÓN:

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

Anexar: Carta del tutor inicial renunciando a la tutoría y carta del tutor propuesto aceptando la tutoría.

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

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

NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR PROPUESTO