



COORDINACIÓN DEL PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR ESTANCIA DE INVESTIGACIÓN

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 O TUTORES: _____

TÍTULO DE PROYECTO: _____

NOMBRE DEL TUTOR EXTERNO: _____

INSTITUCIÓN DONDE REALIZARÁ LA ESTANCIA: _____

PERIODO DE LA ESTANCIA: _____

JUSTIFICACION DE LA ASISTENCIA:

Anexar:
✓ Copia de carta de aceptación para realizar la estancia con firma del tutor externo.

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

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