



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

ACREDITACIÓN DE JURADO PARA EXAMEN DE GRADO DE DOCTORADO

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 O TUTORES: _____

TÍTULO DE PROYECTO: _____

LA VIGENCIA DE ACREDITACIÓN SERÁ DE 6 MESES A PARTIR DE LA FECHA DEL ACUERDO

NOMBRE	ADSCRIPCIÓN	JUSTIFICACIÓN	Columnas que llena la Coordinación del Programa	
			ANTIGÜEDAD	NIVEL

- Deberá anexar:
- ✓ Carta del tutor notificando que la tesis reúne la originalidad y calidad suficiente para ser sometida a consideración el jurado de examen de grado.
 - ✓ Acta del examen de candidatura.
 - ✓ Tesis enarrolada confirmas del tutor, del responsable de la Entidad Académica y del alumno.

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
_____	_____	_____

Nombres y firmas del Comité Tutor



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

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PRESENTAR EXAMEN DE GRADODE DOCTOR

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 O TUTORES: _____

COMITÉ TUTOR: _____

TÍTULO DE PROYECTO: _____

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

Nombres y firmas del Comité Tutor



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

SOLICITUD DE

PRÓRROGA PARA REALIZAR LOS TRÁMITES CONDUCENTES A LA OBTENCIÓN DEL GRADO

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 ACADÉMICA/CAMPO DISCIPLINARIO: _____

NOMBRE DEL TUTOR O TUTORES: _____

TÍTULO DE PROYECTO: _____

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