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

SOLICITUD DE **PLAZO ADICIONAL PARA COMPLETAR CRÉDITOS**

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: _____

1ª PLAZO ( ) 2ª PLAZO ( )

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 CAMPODISCIPLINARIO