



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

RATIFICACIÓN DE JURADO PARA EXAMEN DE GRADO

(SE DEBERÁ PRESENTAR CUANDO LA ACREDITACIÓN DEL JURADO TIENE MÁS DE 6 MESES DE ANTIGUEDAD)

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 ACADÉMICA/ _____
 CAMPO DISCIPLINARIO

NOMBRE DEL TUTOR O TUTORES: _____

TÍTULO DE PROYECTO: _____

NOMBRE	CARGO

Deberá anexar:
 ✓ Tesis Engargolada con Visto Bueno. del Tutor o publicación con análisis de proyecto.
 ✓ Copia oficio de designación de jurado vencido.

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