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

SOLICITUD DE **REINCORPORACIÓN AL PROGRAMA**

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 TUTORPRINCIPAL: _____

TÍTULO DE PROYECTO: _____

No. DE ACUERDO DE SUSPENSIÓN TEMPORAL EMITIDO POR EL SUBCOMITÉ _____

SEMESTRE AL QUE SE REINCORPORA: _____

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

Nombres y firmas del Comité Tutor (**Doctorado únicamente**)