



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

SOLICITUD DE SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL 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 ACADÉMICA/
CAMPO DISCIPLINARIO

NOMBRE DEL TUTOR PRINCIPAL: _____

TÍTULO DE PROYECTO: _____

1ª SUSPENSIÓN () 2ª SUSPENSIÓN ()

JUSTIFICACIÓN

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 (**Doctorado únicamente**)