

Ciudad Universitaria, D.F. a ____ de _____ de 2018.

DR. ARTUROEDGAR ZENTENO GALINDO

Coordinador del Programa de Maestría y Doctorado
En Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud
P r e s e n t e

Por este conducto le comunico que me comprometo a renunciar a mi inscripción e incorporación a los estudios de Doctorado, en el Campo del Conocimiento de las Ciencias Odontológicas, del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias, Médicas, Odontológicas y de la Salud, en el semestre 2019-1, en caso de no presentar la constancia oficial de haber aprobado el examen de suficiencia del idioma inglés (TOEFL), con 450 puntos como mínimo, al día 25 de mayo de 2018, el cual es un requisito para ingresar al Programa y del cual he estado consiente desde que inicie mis trámites de ingreso y que debo cumplir como lo establece la convocatoria.

Entiendo que mi decisión surte efecto a partir de que finalice el periodo de inscripción al Programa, en el calendario emitido por la Coordinación de la Unidad de la Administración del Posgrado y avalado por la Coordinación del Programa.

Atentamente

NOMBRE Y FIRMA DEL ASPIRANTE