



## 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1º PLAZO ( )

2º 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 CAMPO DISCIPLINARIO