



COORDINACIÓN DEL PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE **CAMBIO DE PROYECTO**

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 TUTOR O TUTORES: _____

TÍTULO DE PROYECTO INICIAL

TÍTULO DEL PROYECTO PROPUESTO:

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DE CAMBIO DE PROYECTO

Cd. Universitaria, Cd. Mx., a _____ de _____ del _____.

Anexar resumen del proyecto inicial y proyecto propuesto.

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTIDAD Y/O CAMPO DISCIPLINARIO