



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

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE CAMBIO DE TUTOR**

**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 INICIAL: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL TUTOR PROPUESTO: \_\_\_\_\_

JUSTIFICACIÓN:

Cd. Universitaria, Cd. Mx., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Anexar: Carta del tutor inicial renunciando a la tutoría y carta del tutor propuesto aceptando la tutoría.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR INICIAL NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ENTIDAD Y/O CAMPO DISCIPLINARIO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR PROPUESTO