



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

SOLICITUD DE CAMBIO DE INTEGRANTE(S) DE COMITÉ 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 | () |

NOMBRE: _____ No. Cta. _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

SEMESTRE DE INGRESO: _____ SEMESTRE EGRESO: _____ ENTIDAD ACADEMICA/ _____
CAMPO DISCIPLINARIO

NOMBRE DEL TUTOR PRINCIPAL: _____

MIEMBRO(S) DE COMITÉ TUTOR: _____

TÍTULO DE PROYECTO: _____

NOMBRE(S) DEL(LOS) NUEVO(S) INTEGRANTE(S): _____

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

Nombre(s) y firma(s) del(los) nuevo(s) integrante(s) del Comité Tutor