



**COORDINACIÓN DEL PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
ACREDITACIÓN DE JURADO PARA EXAMEN DE GRADO DE DOCTORADO**

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: \_\_\_\_\_

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

**LA VIGENCIA DE ACREDITACIÓN SERÁ DE 6 MESES A PARTIR DE LA FECHA DEL ACUERDO**

NOMBRE	ADSCRIPCIÓN	JUSTIFICACIÓN

- Deberá anexar:
- ✓ Autorización por parte del Subcomité Académico correspondiente para el desarrollo del proyecto de investigación (Carta de aceptación al Programa o acuerdos en los que se autorizó algún cambio de proyecto o ajuste de título).
  - ✓ Carta del tutor notificando que la tesis reúne la originalidad y calidad suficiente para ser sometida a consideración el jurado de examen de grado.
  - ✓ Acta del examen de candidatura.
  - ✓ Tesis enargolada confirmas del tutor, del responsable de la Entidad Académica y del alumno.

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
_____	_____	_____

Nombres y firmas del Comité Tutor



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

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PRESENTAR EXAMEN DE GRADO DE DOCTOR**

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: \_\_\_\_\_

COMITÉ TUTOR: \_\_\_\_\_

TÍTULO DE PROYECTO: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Nombres y firmas del Comité Tutor