

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

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE PUBLICACIÓN

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 ACADÉMICA/ _____

CAMPO DISCIPLINARIO

NOMBRE DEL TUTOR TUTORES: _____

TÍTULO DE PROYECTO: _____

TÍTULO DEL ARTÍCULO PUBLICADO:

TÍTULO DE LA REVISTA, AÑO, VOLUMEN Y PÁGINA DE EDICIÓN:

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

Anexar: Copia del artículo y/o copia de carta de aceptación formal y copia del artículo a publicar.

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

Nombres y firmas del Comité Tutor