



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

**SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE PRÁCTICA DOCENTE
(UNICAMENTE PARA ALUMNOS DE PLAN DE ESTUDIOS 1998)**

CAMPO DEL CONOCIMIENTO

NIVEL

Ciencias Médicas ()
Ciencias de la Salud ()
Ciencias Odontológicas ()

MAESTRÍA ()
DOCTORADO ()

NOMBRE: _____ No. Cta. _____

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

SEMESTRE DE INGRESO: _____ SEMESTRE EGRESO: _____ ENTIDAD ACADEMICA/ _____
CAMPO DISCIPLINARIO/ _____
7 5A DC ' 8 9 9GH 8-€ GDF-B 7 -D5@

NOMBRE DEL TUTOR O TUTORES: _____

TÍTULO DE PROYECTO: _____

En base al numeral 5.2.5.5 del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud, la actividad docente deberá ser un mínimo de 30 horas en curso(s) impartido(s) en una Institución de Educación Superior, dentro del periodo de estudios de la Maestría.

ACTIVIDAD	INSTITUCIÓN	GRUPO	HORAS

Anexar: Copia de constancia(s) oficial(es) en donde se especifiquen las horas de docencia como profesor (mínimo 30 horas).

Cd. Universitaria, D.F., 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