

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE AJUSTE DE TÍTULO DE PROYECTO
SE SOLICITARÁ EN EL MISMO MOMENTO DE LA SOLICITUD DE GRADUACIÓN

NOMBRE: _____ **NO. DE CUENTA:** _____

SEMESTRE DE INGRESO: _____ **SEMESTRE EGRESO:** _____ **NIVEL:** _____

CAMPO DEL CONOCIMIENTO: _____ **ENTIDAD ACADÉMICA:** _____
(CIENCIAS MÉDICAS)

CAMPO DISCIPLINARIO: _____

NOMBRE DEL TUTOR: _____

TÍTULO INICIAL:

TÍTULO PROPUESTO:

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DE AJUSTE DE TÍTULO:

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

Anexar resumen del proyecto.

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR

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