

## SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE **CAMBIO DE PROYECTO**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **NO. DE CUENTA:** \_\_\_\_\_

**SEMESTRE DE INGRESO:** \_\_\_\_\_ **SEMESTRE EGRESO:** \_\_\_\_\_ **NIVEL:** \_\_\_\_\_

**CAMPO DEL CONOCIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **ENTIDAD ACADÉMICA:** \_\_\_\_\_  
(CIENCIAS MÉDICAS)

**CAMPO DISCIPLINARIO:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL TUTOR:** \_\_\_\_\_

**TÍTULO DE PROYECTO INICIAL:**

**TÍTULO DEL PROYECTO PROPUESTO:**

**JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DE CAMBIO DE PROYECTO:**

Cd. Universitaria, Cd. Mx., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

Anexar resumen del proyecto inicial y proyecto propuesto.

\*En el caso de Ciencias Médicas, anexar la aceptación por parte del Comité de Ética de la Entidad Académica.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR

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