

## SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA **REALIZAR ESTANCIA DE INVESTIGACIÓN**

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

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

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

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

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

**TÍTULO DEL PROYECTO:** \_\_\_\_\_

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

**INSTITUCIÓN DONDE REALIZARÁ LA ESTANCIA:** \_\_\_\_\_

**PERIODO DE LA ESTANCIA:** \_\_\_\_\_

**JUSTIFICACIÓN DE LA ASISTENCIA:**

Anexar:  
 Copia de carta de aceptación para realizar la estancia con firma del tutor externo.  
**Consulta en la Coordinación del Programa, los lineamientos establecidos por el Comité Académico para la autorización de las estancias de investigación.**

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

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

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

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