

ACREDITACIÓN DE JURADO PARA EXAMEN DE GRADO DE MAESTRÍA

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

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

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

CAMPO DISCIPLINARIO: _____

NOMBRE DEL TUTOR: _____

INTEGRANTES DEL COMITÉ TUTOR: _____

TÍTULO DE LA TESIS: _____

LA VIGENCIA DE ACREDITACIÓN SERÁ DE 6 MESES A PARTIR DE LA FECHA DEL ACUERDO DEL COMITÉ ACADÉMICO

NOMBRE	ADSCRIPCIÓN	JUSTIFICACIÓN ACADÉMICA

El jurado de examen de grado deberá estar conformado por:

- Tutor principal. Puede participar un integrante del Comité tutor.
- Cuatro académicos, de los cuales tres deberán estar acreditados como tutores del Programa a nivel maestría. Consultar el padrón de tutores publicado en la página del Programa. Puede proponer a un académico externo, que tenga el grado de Maestría, adjuntando el comprobante del grado, o bien, elegir a los cuatro tutores acreditados.
- Deberán considerar que no se debe repetir una Entidad Académica más de dos veces.

Deberá anexar:

- ✓ Carta del tutor notificando que la tesis reúne la originalidad y calidad suficiente para ser sometida a consideración el jurado de examen de grado.
- ✓ Carta de aceptación al Programa.
- ✓ En caso de haber solicitado un cambio de proyecto, el acuerdo del Comité Académico con el que se autorizó.
- ✓ Tesis con firmas del tutor, del responsable de la Entidad Académica y del alumno, en formato PDF.

Cd. Universitaria, Cd. Mx, 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

 Nombres y firmas del Comité Tutor



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA **PRESENTAR EXAMEN DE GRADO DE MAESTRÍA MEDIANTE TESIS**

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

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

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

CAMPO DISCIPLINARIO: _____

NOMBRE DEL TUTOR: _____

INTEGRANTES DEL COMITÉ TUTOR: _____

TÍTULO DE LA TESIS: _____

Cd. Universitaria, Cd. Mx, 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

NOMBRES Y FIRMAS DEL COMITÉ TUTOR



SOLICITUD DE **PRÓRROGA PARA REALIZAR LOS TRÁMITES CONDUCENTES
A LA OBTENCIÓN DEL GRADO**

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

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

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

CAMPO DISCIPLINARIO: _____

NOMBRE DEL TUTOR: _____

COMITÉ TUTOR: _____

TÍTULO DE LA TESIS: _____

Cd. Universitaria, Cd. Mx, 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

NOMBRES Y FIRMAS DEL COMITÉ TUTOR

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE **MATERIAS OPTATIVAS**

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

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

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

CAMPO DISCIPLINARIO: _____

NOMBRE DEL TUTOR: _____

COMITÉ TUTOR: _____

TÍTULO DE LA TESIS: _____

NOMBRE DE LA ASIGNATURA	CLAVE	CRÉDITOS	SEMESTRE	CALIFICACIÓN

Anexar: Copia del historial académico, marcando las materias optativas.

Cd. Universitaria, Cd. Mx. 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

 NOMBRES Y FIRMAS DEL COMITÉ TUTOR