

SOLICITUD DE **RECONOCIMIENTO DE PUBLICACIÓN**

ÚNICAMENTE PARA DOCTORADO

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: _____

TÍTULO DEL ARTÍCULO PUBLICADO:

NOMBRE DE LA REVISTA, AÑO, VOLUMEN Y PÁGINA DE EDICIÓN:

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

Anexar: Artículo publicado y/o copia de carta de aceptación oficial.

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR PRINCIPAL

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

NOMBRES Y FIRMAS DEL COMITÉ TUTOR