

SOLICITUD DE **ESTUDIOS SIMULTÁNEOS**
(ESPECIALIDAD CLÍNICA)

NOMBRE: _____ NO. DE CUENTA: _____

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

CAMPO DEL CONOCIMIENTO: _____ ENTIDAD ACADÉMICA: _____

CAMPO DISCIPLINARIO: _____

NOMBRE DEL TUTOR: _____

TÍTULO DEL PROYECTO: _____

JUSTIFICACIÓN

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

NOMBRE Y FIRMA DE LA
PERSONA ALUMNA

NOMBRE Y FIRMA DE LA
PERSONA TUTORA PRINCIPAL

NOMBRE Y FIRMA DE LA
PERSONA RESPONSABLE DE CAMPO

NOMBRE Y FIRMA DE LAS PERSONAS INTEGRANTES DEL COMITÉ TUTOR