



## COORDINACIÓN DEL PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

### SOLICITUD DE PRÓRROGA

#### CAMPO DEL CONOCIMIENTO

Ciencias Médicas	( )	Humanidades en Salud	( )
Ciencias de la Salud	( )	Ciencias Odontológicas Básicas	( )
Ciencias Sociomédicas	( )	Ciencias Odontológicas Clínicas	( )
		Investigación Clínica Experimental en Salud	( )

NOMBRE: \_\_\_\_\_ No. Cta. \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

SEMESTRE DE INGRESO: \_\_\_\_\_ SEMESTRE EGRESO: \_\_\_\_\_ ENTIDAD ACADÉMICA/ \_\_\_\_\_  
CAMPO DISCIPLINARIO

NOMBRE DEL TUTOR O TUTORES: \_\_\_\_\_

TÍTULO DE PROYECTO: \_\_\_\_\_

1º PRÓRROGA ( ) 2º PRORROGA ( )

PARA PERMANECER EN EL PROGRAMA PARA:	✓	CRÉDITOS	PERIODO
COMPLETAR LOS CRÉDITOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL MAESTRÍA	<input type="checkbox"/>		
REALIZAR LOS TRÁMITES CONDUCENTES A LA OBTENCIÓN DEL GRADO	<input type="checkbox"/>		

Cd. Universitaria, D.F., 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