

**COORDINACIÓN DEL PROGRAMA DE MAestrÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE **MATERIAS OPTATIVAS**

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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

| NOMBRE DE LA ASIGNATURA | CLAVE | SEMESTRE | CALIFICACIÓN |
|-------------------------|-------|----------|--------------|
|                         |       |          |              |
|                         |       |          |              |
|                         |       |          |              |
|                         |       |          |              |

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

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