Imprimir formulario

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA
Av. De los Barrios N° 1, Los Reyes Iztacala
Tlalnepantla, Estado de México, C.P.54090
Tels. 56231161, 56231145 y 56231163

Los Reyes Iztacala a

DRA. CECILIA CARLOTA BARRERA ORTEGA
JEFA DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA
PRESENTE

N° de Registro

Por este conducto los profesores abajo firmantes, manifestamos ante la Jefatura de la Carrera de Cirujano Dentista nuestra aprobación del proyecto de titulación en la opción: **TESIS**

Titulado:

Que presenta(n):

1.- _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s)

_____ Promedio _____ Tel. casa _____ Tel. celular _____ Correo electrónico

2.- _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s)

_____ Promedio _____ Tel. casa _____ Tel. celular _____ Correo electrónico

Así mismo nos comprometemos a que el trabajo escrito se realice con las características de calidad y decoro académico para ser sustentado en examen profesional y declaramos nuestra aceptación para formar parte del Jurado.

GRADO	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
		DIRECTOR	_____
		ASESOR	_____
		ASESOR	_____

Declaro que la información contenida tanto en el proyecto como en el trabajo recepcional se sujetará a respetar los derechos de autor, además acepto estar informado de que en caso de incurrir en una falta se aplicaran las sanciones correspondientes de acuerdo a las disposiciones del Estatuto General, del Reglamento del Tribunal Universitario y a los aplicables del Reglamento General de Exámenes contenidos en la Legislación Universitaria vigente.

1.- _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s) _____ Firma

2.- _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s) _____ Firma

FTT1
N° de registro CAAx: _____