



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

**JEFATURA DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA**  
**JEFATURA DE LA UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR**  
**PRESENTE**

N° de Registro

Por este conducto los profesores abajo firmantes, manifestamos que después de haber leído, revisado y hecho las aportaciones pertinentes, declaramos nuestra **ACEPTACIÓN DEL ESCRITO FINAL** ya que este reúne las características de calidad y decoro para obtener el grado de CIRUJANO DENTISTA en la opción: **TESIS**

**Titulado:**

Que presenta(n):

1.-	_____	_____	_____
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
	_____	_____	_____
	Promedio	Tel. casa	Tel. celular
	_____	_____	_____
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
	_____	_____	_____
	Promedio	Tel. casa	Tel. celular
	_____	_____	_____
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
	_____	_____	_____
	Promedio	Tel. casa	Tel. celular
	_____	_____	_____
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
	_____	_____	_____
	Promedio	Tel. casa	Tel. celular
	_____	_____	_____
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
	_____	_____	_____
	Promedio	Tel. casa	Tel. celular
	_____	_____	_____

GRADO

NOMBRE COMPLETO

CARGO

FIRMA

DIRECTOR

ASESOR

ASESOR

Hago de su conocimiento que el (los) egresado(s) cumple(n) con los requisitos académicos para la aprobación de la opción de titulación referida.

\_\_\_\_\_  
 Vo. Bo. MTRA. ISELA LIZBETH ARREDONDO VELÁZQUEZ  
 Jefa de Sección Académica

FTT2  
 N° de registro CAAX: \_\_\_\_\_