



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DOCTORADO EN ODONTOLOGÍA**



Caracas; [Haga clic aquí para escribir una fecha.]

Ciudadano (a) Coordinador (a)

y demás miembros del Comité Académico

Doctorado en Odontología.

Facultad de Odontología UCV

Estimados Profesores.-

Por medio de la presente yo [Haga clic aquí para escribir texto.], titular de la Cédula de Identidad [Haga clic aquí para escribir texto.], solicito la aprobación como tutor, del Dr. (a) [Haga clic aquí para escribir texto.], del Proyecto de Tesis Doctoral titulado [Haga clic aquí para escribir texto.], enmarcado en la Línea de Investigación Institucional denominada [Haga clic aquí para escribir texto.].

Declaro asimismo, que el (la) tutor (a) propuesto (a) cumple con los requisitos establecidos en el Reglamento de Estudios de Postgrado y conoce los deberes y atribuciones, dispuestos en la Normativa del Programa Doctoral.

Sin otro particular, me despido quedando a sus gratas órdenes por el siguiente correo y número de contacto.

Correo [Haga clic aquí para escribir texto.]

Tlf.- [Haga clic aquí para escribir texto.]

Firma del Aspirante

CI.- [Haga clic aquí para escribir texto.]