



**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.], acepto ser propuesto como tutor (a) de [Haga clic aquí para escribir texto.], titular de la Cédula de Identidad [Haga clic aquí para escribir texto.], quien es aspirante a cursar estudios del Programa Doctorado en Odontología de la Universidad Central de Venezuela con el Proyecto de Tesis Doctoral titulado [Haga clic aquí para escribir texto.], el cual se encuentra enmarcado en la Línea de Investigación Institucional denominada [Haga clic aquí para escribir texto.]

Declaro asimismo, que conozco los deberes y atribuciones de los tutores, establecidos en el Reglamento de Estudios de Postgrado de la UCV y 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 Tutor

CI [Haga clic aquí para escribir texto.]