



**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 miembro del Comité Asesor Individual (CAI) de [Haga clic aquí para escribir texto.], titular de la Cédula de Identidad [Haga clic aquí para escribir texto.], con el Proyecto de Tesis Doctoral [Haga clic aquí para escribir texto.], enmarcado en la Línea de Investigación Institucional denominada [Haga clic aquí para escribir texto.]

Declaro asimismo, que conozco los deberes y atribuciones de los miembros del Comité Asesor Individual, establecidos 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 miembro del CAI
CI [Haga clic aquí para escribir texto.]