Ciudad: Fecha:

Dra. Mirian Sánchez

Coordinadora

y demás miembros del Comité Académico

Doctorado en Odontología

Facultad de Odontología UCV

Estimados Profesores,

Por medio de la presente, yo Titular del documento de identidad , acepto ser propuesto como TUTOR de , titular del documento de identidad quien es aspirante a cursar estudios de Doctorado en Odontología en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. El anteproyecto de la Tesis Doctoral a ser realizado se titula y se encuentra enmarcado en la línea de investigación institucional denominada .

Declaro, así mismo, 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 de Doctorado en Odontología.

Sin otro particular,



\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombres y apellidos:

C. I.

**RESUMEN CURRICULAR PROFESOR TUTOR**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APELLIDOS** |  | | | | | |
| **NOMBRES** |  | | | | | |
| **CÉDULA DE IDENTIDAD** |  | | Sexo F  M | | | |
| **CORREO ELECTRÓNICO** |  | | | | | |
| **TELÉFONO CELULAR** |  | | | **TELÉFONO OFICINA** |  | |
| **DIRECCIÓN** |  | | | | | |
| **PROFESIÓN** |  | | | | | |
| **NIVEL ACADÉMICO** | Doctorado  Magister  Especialista  Otro: | | | | | |
| **TÍTULOS ACADÉMICOS** |  | | | | | |
| **INSTITUCIÓN** |  | | | | | |
| **ESCALAFÓN Y DEDICACIÓN DOCENTE** | Colaborador Docente  Docente Contratado  Docente Temporal  Instructor por concurso | Profesor Asistente  Profesor Agregado  Profesor Asociado  Profesor Titular | | | | Tiempo Convencional  Medio Tiempo  Tiempo Completo  Dedicación Exclusiva |
| **LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN QUE DESARROLLA** |  | | | | | |
| **RESUMEN CURRICULAR (10 LÍNEAS), EXPERTICIA EN LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN DEL PROYECTO A TUTOREAR** |  | | | | | |