



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 de Haga clic aquí para escribir texto., titular de la Cédula de Identidad Haga clic aquí para escribir texto., quien es candidato(a) del Programa Doctorado en Odontología de la Universidad Central de Venezuela con el proyecto 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 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.