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., para el 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 de la UCV 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.