FORMATO SOLICITUD DIRECTOR DE TESIS

Posgrado en Ciencias en ER

##  Mérida, Yucatán; a Haga clic aquí para escribir una fecha.

**Dr. Juan Carlos Chavarría Hernández**

**Coordinador del Posgrado en ER**

**Programa de**:

 [ ]  Maestría

 [ ]  Doctorado

**Estudiante**:

 Primer Nombre Segundo Nombre Apellido Paterno Apellido Materno

**Título (o tema) de la Tesis**

**Línea General de Aplicación del Conocimiento (LGAC) a la que pertenece la tesis:**

**DIRECTOR DE TESIS:**

|  |  |
| --- | --- |
| **DIRECTOR DE TESIS:** | **Nombre:**  |

**Atentamente,**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Director de Tesis Estudiante**