

FACULTAD DE MEDICINA-XALAPA
EXPERIENCIA RECEPCIONAL
Solicitud de director de Trabajo Receptacional

Dr. Manuel Iván Covarrubias Díaz de la Vega

Director

Facultad de Medicina-Xalapa

Universidad Veracruzana

P R E S E N T E

Quien suscribe, _____, adscrito(a) a _____
solicito ser Director(a) del trabajo recepcional del (a) estudiante, _____
matrícula, _____ inscrito en el periodo escolar _____ del programa educativo
Médico Cirujano de Facultad de Medicina-Xalapa de la Universidad Veracruzana,
titulado: _____

_____. En la modalidad de (Tesis/monografía), _____. Asimismo,
manifiesto el compromiso de realizar las funciones establecidas en el manual de lineamientos de ER de
la entidad, así como en la legislación universitaria correspondiente, y conforme a lo programado en el
cronograma de actividades entregado.

Sin más, agradezco la atención que sirva prestar a la presente.

ATENTAMENTE

Xalapa, Enríquez, Veracruz, a ____ de _____ de 20 ____.

Nombre y firma del Director (a) y (Codirector) de Trabajo recepcional

Datos de contacto director(a):

C.c.p. Docente de Experiencia Receptacional