

**U N I V E R S I D A D V E R A C R U Z A N A**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**ZONA POZARICA – TUXPAN**

**Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**P R E S E N T E**

Por este medio me permito informar a usted que con base a su perfil y experiencia en el tema ha sido designado (a) DIRECTOR Y/O ASESOR del trabajo Recepcional:

“\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”

Del alumno (a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quien realiza su investigación en la modalidad de:

Tesis Tesina

Adjunto al presente una copia de los avances del alumno hasta la fecha, para su revisión y análisis, así mismo le comunico a usted que la fecha límite para concluir la investigación y emitir su constancia de aprobación es el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_.

ATENTAMENTE

“Liz de Veracruz, Arte, Ciencia, Luz”

Poza Rica, Ver. A \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

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

DR. EVARISTO HERNANDEZ QUIROZ

**Director de la Facultad**