

UNIDAD UNIVERSITARIA DE MEDICINA DEL DEPORTE
SOLICITUD DE APROBACIÓN O CIERRE DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

C. Coordinador de la Especialidad en Medicina del Deporte.

El que suscribe: _____

Alumno regular de la Facultad de Medicina, en la _____

Solicito atentamente la _____ (aprobación/ cierre) del proyecto de
investigación titulado _____

el cual se _____ (realizará/realizó) con la asesoría de los profesores _____

en el período comprendido del (dd/mm/aa) al (dd/mm/aa)

Se anexa copia del proyecto en formato electrónico.

Mérida, Yucatán a _____ de _____ de 20_____

Atentamente

Nombre y firma del alumno

Asesor temático

Asesor metodológico

Nombre y firma

Nombre y firma