



UNIDAD UNIVERSITARIA DE MEDICINA DEL DEPORTE
APROBACIÓN DE INICIO O CIERRE DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Nombre del alumno: _____

El Comité Revisor de investigación de la Especialidad en Medicina del Deporte, le comunica que a sido aprobado el _____ (inicio/cierre) de su 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)

Mérida, Yucatán a _____ de _____ de 20 _____

Coordinador de la Especialidad

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma