

RECIBO DE ENTREGA DE TESIS

Nombre del estudiante: _____

Programa: _____

Grado: Maestría Doctorado

Título de la tesis: _____

Fecha de entrega al Programa: _____

Recibe la tesis: _____ Núm. de copias: _____

Firma del estudiante _____

Miembros del Tribunal:

Director(a): _____ Firma: _____ Fecha: _____

1^{er} Lector(a): _____ Firma: _____ Fecha: _____

Lector(a): _____ Firma: _____ Fecha: _____

Lector(a): _____ Firma: _____ Fecha: _____

Decano
Asuntos Acad: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Fecha de la defensa: _____

Observaciones: _____

