**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**COORDINACIÓN DE EFICIENCIA TERMINAL DE PREGRADO**

**LICENCIATURA EN NUTRICIÓN CLINICA**

**Asunto:** Solicitud para Revisión de Tesis

**MC. MARCELA VELEZ PLIEGO**

Coordinadora de Licenciatura en Nutrición Clínica

PRESENTE:

Por medio del presente, quien suscribe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con la matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la Licenciatura en Nutrición Clínica perteneciente a la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, solicito de la manera más atenta la revisión de mi tesis: “(TÍTULO DE LA TESIS)”, con la finalidad de obtener el título de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Sin más por el momento y agradeciendo la atención prestada al presente; quedo de usted en espera de una respuesta.

H. Puebla de Z, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Alumno: Nombre y firma)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Director experto: Nombre y firma)
(ID BUAP) Si es de la BUAP

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Co-Director: Nombre y firma)
(ID BUAP)