**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**COORDINACIÓN DE EFICIENCIA TERMINAL**

**DE PREGRADO**

**PROFESIONAL ASOCIADO EN URGENCIAS MÉDICAS**

**Asunto:** Solicitud para Registro de Protocolo

**DC. MARIA DEL LURDEZ C. MARTINEZ MONTAÑO**

Coordinadora del Comité de Investigación

PRESENTE:

Por medio del presente, quien suscribe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con la matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de Profesional Asociado en Urgencias Médicas, perteneciente a la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, solicito de la manera más atenta la revisión de mi protocolo: “(TÍTULO DE LA TESINA)”, 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: Nombre y firma)
(ID BUAP) Si es de la BUAP

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