**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**COORDINACIÓN DE EFICIENCIA TERMINAL**

**LICENCIATURA EN MEDICINA**

**Asunto:** Solicitud para Revisión de Tesis

**MEC. MARISOL VELASCO VILLA**

Coordinación de eficiencia terminal de pregrado

PRESENTE:

Por medio del presente, quien suscribe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con la matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la Licenciatura en Medicina, 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Director metodológico: Nombre y firma)
(ID BUAP)