

Formato Vo.Bo. Conclusión de Revisiones

Acapulco, Gro., ____ de _____ de 20____.

Dr. Antonio Camarillo Balcazar
Director Facultad de Medicina UAGro
Presente.

Con At'n Dr. Eduardo Liquidano Pérez
Coordinador de Posgrado e Investigación

Por este medio, me permito comunicarle que sean concluidas las revisiones al trabajo de Tesis: _____

que _____ el(la) MPSS. _____

realiza para obtener su título de Médico Cirujano, por lo cual se le otorga el visto bueno para que proceda con la solicitud del Acta de Aprobación de Tesis para avanzar con el empastado de la misma y con los demás requisitos pertinentes para tal fin.

Agradeciendo su atención, me despido con un cordial saludo.

Nombre y Firma del (la) Director de Tesis

C.c.p. Interesado