

**SOLICITUD DE APROBACIÓN DE TEMA DE TESIS O PROYECTO
PROFESIONAL**
(Facultad de Ciencias de la Salud)

DATOS PERSONALES

Código del Alumno :		Carrera :	
Nombres y Apellidos:			
Teléfonos	Casa:	Celular:	Oficina:
Mail			

Firma del alumno

DATOS PERSONALES

Código del Alumno :		Carrera :	
Nombres y Apellidos:			
Teléfonos	Casa:	Celular:	Oficina:
Mail			

Firma del alumno

DATOS PERSONALES

Código del Alumno :		Carrera :	
Nombres y Apellidos:			
Teléfonos	Casa:	Celular:	Oficina:
Mail			

Firma del alumno

Nota: Adjunto 01 ejemplar.

**SOLICITUD DE APROBACIÓN DE TEMA DE TESIS O PROYECTO
PROFESIONAL**

Alumno: _____ , el resultado será entregado
a los 30 días (un mes) de su recepción.

Fecha de Recepción: / /

Usted recibirá un mail para recoger su Carta de Respuesta (cuenta asignada por la UPC).



UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS

**SOLICITUD DE APROBACIÓN DE TEMA DE TESIS O PROYECTO
PROFESIONAL**

Monterrico ____ de ____ de 201__

Sr.(a) Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Por medio de la presente me dirijo a Ud. a fin de solicitarle revise mi Tema de Tesis () o Proyecto Profesional () titulado: _____

para optar por el Título Profesional de _____

Adjunto un ejemplar de mi protocolo de tesis o proyecto profesional que sigue los lineamientos del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, el cual es un trabajo: Individual () Grupal ()

Este ejemplar:

() Ha sido revisado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y aprobado con el documento _____ de fecha _____, como se evidencia en la copia adjunta a esta solicitud.

() No ha sido revisado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud por los siguientes motivos:

Ante lo informado, doy pase al trámite respectivo como su Asesor Principal
Atte,

(Nombre del Asesor)

(Firma del asesor)