UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SANTO DOMINGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
OFICINA DE TESIS DE GRADO
FORMULARIO DE ASISTENCIA A LAS REUNIONES DE ASESORIAS
y EXAMEN DE TESIS

Convocatoria: _____

Curso: _____ ***Grupo:*** _____

Código del Asesor _____

Firma del Asesor _____

Título: _____

_____

FECHA Y HORA:	***LUGAR:***	***FIRMA DE LOS ESTUDIANTES:***	***NOMBRE DE LOS ESTUDIANTES:***

JURADO EXAMINADOR:

CODIGO:	**NOMBRES:**	**FIRMAS:**

Ciudad Universitaria, Santo Domingo, D. N., a los _____ del mes de _____ del año de _____

Firma del Director