



**SOLICITUD DE APROBACIÓN DE TEMA DE TESIS  
O TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

*(Facultad de Ciencias de la Salud)*

Tesis    Trabajo de Suficiencia Profesional ((Expedientes, Artículos, casos, entre otros)

**DATOS PERSONALES (1er. Integrante)**

<b>Código del Alumno :</b>		<b>Carrera :</b>	
<b>Nombres y Apellidos:</b>			
<b>Teléfonos:</b>		<b>Correo Personal:</b>	

\_\_\_\_\_  
**Firma del alumno**

**DATOS PERSONALES (2do. Integrante)**

<b>Código del Alumno :</b>		<b>Carrera :</b>	
<b>Nombres y Apellidos:</b>			
<b>Teléfonos:</b>		<b>Correo Personal:</b>	

\_\_\_\_\_  
**Firma del alumno**

La respuesta de Aprobación de Tema de Tesis o Trabajo de Suficiencia Profesional se brindará en el trámite generado vía Intranet en un plazo de **30** días útiles.



**SOLICITUD DE APROBACIÓN DE TEMA DE TESIS  
O TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

*(Facultad de Ciencias de la Salud)*

Lima, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

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 Trabajo de Suficiencia profesional ( ) titulado:

---

---

---

---

---

para optar por el Título Profesional de \_\_\_\_\_ .

Adjunto un ejemplar de mi protocolo de tesis o trabajo de suficiencia profesional que sigue los lineamientos del Reglamento General de Grado Académico de Bachiller y de Título Profesional y de la Facultad de Ciencias de la Salud.

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 \_\_\_\_\_ se evidencia en la copia adjunta a esta solicitud de fecha \_\_\_\_\_ .

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

---

---

---

---

---