**Fecha y lugar.**

**DRA. DAISY ESCOBAR CASTILLEJOS**

**Coordinadora de Investigación y Posgrado**

**P r e s e n t e:**

En nuestra calidad de sinodales del Examen de Grado de (NOMBRE DEL PROGRAMA CURSADO) de la (**NOMBRE DEL TESISTA),** nos permitimos manifestarle la aceptación del trabajo de tesis titulada: (**“*NOMBRE DE LA TESIS O TESINA***”).

Quedamos enterados de que formaremos parte del jurado del examen de grado, en la fecha y hora que se nos comunicará posteriormente.

**ATENTAMENTE**

**“POR LA CONCIENCIA DE LA NECESIDAD DE SERVIR”**

|  |
| --- |
| NOMBRE DEL DIRECTOR DE TESIS |
| Director(a) de tesis |

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL ASESOR(A) | NOMBRE DEL ASESOR(A) |
| Asesor(a) de tesis | Asesor(a) de tesis |

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL SINODAL SUPLENTE | NOMBRE DEL SINODAL SUPLENTE |
| Sinodal suplente | Sinodal suplente |

C.C.P. Interesado