**Unidad Académica…………………………………………**

**SOLICITUD DE DEFENSA DE TESIS**

*\*Campos obligatorios*

**FECHA:…………………………………..**

**\*DATOS DEL TESISTA**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellido y Nombres |  |
| Documento (tipo y Nº) |  |
| Carrera de Posgrado |  |

 **\*DIRECTOR DE TESIS**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellido y Nombres |  |
| Título(s) de Posgrado |  |
| Conformidad del Director  | Declaro que la presente tesis ha sido desarrollada bajo mi dirección y se encuentra lista para su defensa Firma del Director |

**\*CODIRECTOR DE TESIS (si corresponde)**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellido y Nombres |  |
| Título(s) de Posgrado |  |
| Conformidad del Codirector  | Declaro que la presente tesis ha sido desarrollada bajo mi dirección y se encuentra lista para su defensa Firma del Codirector |

**\*TÍTULO DEFINITIVO DE LA TESIS**

|  |
| --- |
|  |

 **Solicito**

|  |
| --- |
| **Que la Secretaría de Posgrado inicie el trámite para la evaluación final de mi trabajo de tesis****Firma del Tesista Lugar y Fecha** |

 **Documentación adjunta**

|  |
| --- |
| 1. **Tantos ejemplares (como lo requiera la Unidad Académica) de la tesis completa firmada por el/la tesista.**
2. **Una copia digital en formato PDF de la tesis completa.**
 |

Toda la documentación solicitada deberá presentarse en Mesa de Entradas entradas@fcm.uncu.edu.ar.