Estimado(a)

**Jefe de la Oficina de Grados y Títulos/Director de la Unidad de Posgrado**

Facultad de Odontología-USMP

Presente.-

Por medio del presente, expreso mi conformidad del proyecto de tesis/trabajo de investigacion/trabajo académico titulado: **“**…………………………………………….………………………………….”

presentado por la/el cirujano dentista/bachiller………………………………….…………………………………...…

con DNI/CE:…………………………., aspirante a:

* Titulo Profesional de Cirujano dentista
* Título de Segunda Especialidad de………………………………
* Grado de Maestro ……………………………………………………..
* Grado de doctor en odontologia

Tras haber asesorado y evaluado dicho proceso.

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del asesor:……………………………………..

(Insertar firma)

Fecha:………………….……

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Estimado

**Jefe de la Oficina de Grados y Títulos/Director de la Unidad de Posgrado**

Facultad de Odontología-USMP

Presente.-

Por medio del presente, expreso mi conformidad con la tesis/trabajo de investigacion/trabajo académico titulado: **“**…………………………………………….………………………………….”

presentado por la/el cirujano dentista/bachiller………………………………….…………………………………...…

con DNI/CE:…………………………., aspirante a:

* Titulo Profesional de Cirujano dentista
* Título de Segunda Especialidad de………………………………
* Grado de Maestro ……………………………………………………..
* Grado de doctor en odontologia

Tras haber asesorado y evaluado dicho proceso.

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del asesor (a):………………………………………

(Insertar firma) Fecha:………………