# **H. COMISIÓN ACADÉMICA DE TITULACIÓN**

# **FORMATO DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS PARA INICIO DEL PROCESO DE REVISIÓN CIENTÍFICA**

Sirva la siguiente información para declarar que el proyecto de tesis mencionado a continuación, cumple satisfactoriamente con los elementos en su estructura, señalados en la guía de elaboración de tesis de la FACITE, por lo que está en condiciones de someterse al proceso de revisión crítica correspondiente.

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN GENERAL** |
| **DIRECTOR DE TESIS** | **SUSTENTANTE** |
| INGRESE NOMBRE COMPLETO | INGRESE NOMBRE COMPLETO |
| **TÍTULO DEL PROYECTO DE TESIS** |
| INGRESE TÍTULO DEL PROYECTO DE TESIS |
| **PROGRAMA EDUCATIVO** | **FECHA DE APROBACIÓN** |
| ELIJA EL P.E. | INGRESE FECHA |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DIRECTOR DE TESIS**