**FORMATO AUTORIZACION ENTREGA DE TESIS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HOSPITAL GENERAL CON ESPECIALIDADES “JUAN MARÍA DE SALVATIERRA”**  **Subdirección de Enseñanza, Capacitación y Calidad**  **Autorización entrega de tesis para evaluación externa**   |  |  | | --- | --- | | **Fecha de entrega del formato/tesis:** |  | | **Nombre del Residente:** |  | | **Título del protocolo de investigación registrado:** |  | | **Asesor experto:** |  | | **Asesor metodológico:** |  |  |  | | --- | | Por medio de la presente doy fe que he revisado de manera minuciosa el escrito de tesis y autorizo su entrega a la Subdirección de Enseñanza, Capacitacion y Calidad. |   Nombre asesor experto Nombre asesor metodológico  Firma Firma |