**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 |