**OFICIO DE SOLICITUD DE EXAMEN A TRAVÉS DE DEFENSA DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**NIVEL DOCTORADO**

**R-OP-32-19-18**

Lugar y fecha.

**NOMBRE**

**JEFE DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE TAMAULIPAS**

**P R E S E N T E**

A través de este medio le informo que he concluido la Tesis denominada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, elaborada para optar al grado de Doctor en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para lo cual he recibido los siguientes votos razonados (adjuntos en copia simple):

|  |  |
| --- | --- |
| Grado y nombre del profesor que emite el voto | Director |
| Grado y nombre del profesor que emite el voto | Asesor de contenido |
| Grado y nombre del profesor que emite el voto | Asesor metodológico |
| Grado y nombre del profesor que emite el voto | Lector |
| Grado y nombre del profesor que emite el voto | Lector |

Por lo anterior, solicito se me autorice la presentación del examen para la obtención del grado correspondiente a través de la defensa de trabajo de investigación elaborado, conforme marca el artículo 93 del Reglamento de los Estudios de Posgrado de la Universidad Autónoma de Tamaulipas.

Sin otro particular, reciba saludos.

**ATENTAMENTE**

**Nombre del estudiante**

**Número de matrícula: #######**

Ccp. Coordinador del programa educativo.

Ccp. Coordinación de Investigación.

Ccp. Archivo.