



**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE AJUSTE
DE (TÍTULO, METODOLOGIA O JUSTIFICACIÓN DEL TEMA)**

Nombre y apellido: _____

Nombre del tutor o tutores: _____

Título del proyecto inicial: _____

Título propuesto:

Justificación de la solicitud de ajuste del título:

Nombre y firma del alumno

Nombre y firma del tutor

*Nombre y firma del responsable
de la coordinación de titulación*



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

