UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

CARTA AVAL

Yo, _____, portador de la Cédula de Identidad número _____ mediante la presente declaro que el trabajo de grado titulado FRECUENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES ADOLESCENTES. SERVICIO DE SALA DE PARTOS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PÁEZ". CIUDAD BOLÍVAR-ESTADO BOLÍVAR. AGOSTO-OCTUBRE 2022, desarrollado por las **Bachilleres Mónica Bolívar, C.I. 25.893.235 y Leysbeth Blanco, C.I. 23.729.380**; está acorde con los requisitos mínimos para inscripción para la revisión por comisión de anteproyecto para posterior desarrollo de trabajo de grado.

En Ciudad Bolívar, a los ____ días del mes _____ de 2022.

_____
Firma