



F 7

DOCTORADO EN CIENCIAS AGRONOMICAS

NOTA DE SOLICITUD DE ACEPTACIÓN DIRECTOR DE TESIS

Lugar y fecha

Sra./Sr.
Decana/o
Nombre y apellido
Facultad de.....
Universidad Nacional de
Su Despacho

El que suscribe DNI N°.....
acepta Dirigir al postulante al Doctorado en Ciencias Agronómicas
..... (Apellido y nombre del aspirante)
de la Facultad..... de la Universidad

Sin otro particular lo saludo atentamente.

Firma
Aclaración

