



F 8

DOCTORADO EN CIENCIAS AGRONOMICAS

NOTA DE SOLICITUD DE ACEPTACIÓN DIRECTOR ASOCIADO 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 Codirigir 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

