



F 9

DOCTORADO EN CIENCIAS AGRONOMICAS

NOTA DE SOLICITUD DE ACEPTACIÓN MIEMBRO COMISIÓN DE SUPERVISIÓN 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 ser Miembro de la Comisión de Supervisión de tesis del 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

DOCA
RUNA