**Evaluación de Plan de trabajo de Tesis**

**Título del Plan de Trabajo:**

**Tesista:**

**Director:**

**Co-Director:**

| **Datos del evaluador** (Se solicitan a efectos de la certificación) |
| --- |
| **Tratamiento (Dr., Dra., otro)** | **Nombre** | **Apellido** | **DNI** | **Lugar de Trabajo** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Considero que el plan de Trabajo debe ser (marque con una cruz la opción elegida):

| 1. ACEPTADO SIN MODIFICACIONES
 | ☐ |
| --- | --- |
| 1. ACEPTABLE CON CORRECCIONES MENORES, no es necesaria una nueva revisión
 |  |
| 1. ACEPTABLE CON MODIFICACIONES MAYORES, por lo cual revisaré nuevamente la versión escrita del plan modificado
 |  |
| 1. RECHAZADO
 | ☐ |

Fundamentar (en caso necesario continuar en hoja aparte)



CONSTITUCIÓN DE COMISIÓN ASESORA

¿Aceptaría Ud. conformar la Comisión Asesora de Tesis del Postulante?

SI ☐ NO ☐

| Lugar y fecha | Firma |
| --- | --- |