

**DOCTORADO EN CIENCIAS AGRONÓMICAS (DOCA-RUNA)**

**NOTA ACEPTACIÓN INSTITUTO/CÁTEDRA/LABORATORIO/DEPARTAMENTO DONDE SE REALIZARÁ EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Lugar y fecha

Sra./Sr.

Decana/o

Nombre y apellido

Facultad de …………………

Universidad Nacional de ……………………

S / D

El/la que suscribe (nombre y apellido) ..................................... DNI N° ....................... responsable del …………………………… (Centro/Instituto/Laboratorio/Cátedra/Departamento) autoriza a ……………… (apellido y nombre del/la aspirante) de la Facultad ………….. de la Universidad ........................ a realizar el trabajo de investigación en el (Centro/Instituto/Laboratorio/Cátedra/Departamento) de referencia, en el marco de su proyecto de Tesis Doctoral titulado …………………….., bajo la dirección de ……………….. (nombre y apellido Director/a de Tesis).

Sin otro particular saludo a Ud. muy atte..

 Firma

Aclaración