



F 10

DOCTORADO EN CIENCIAS AGRONOMICAS

NOTA ACEPTACIÓN INSTITUTO ó FACULTAD DONDE SE REALIZARA EL TRABAJO DE INVESTIGACION

Lugar y fecha

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

El que suscribe (Nombre y apellido).....
DNI N°..... (Decano o Director de Instituto) autoriza a
..... (Apellido y nombre del aspirante) de la Facultad.....
..... Universidad a realizar el trabajo de investigación en el Instituto-
Laboratorio-Centro ó Facultad (tachar o agregar lo que corresponda), en el marco de su proyecto de
tesis doctoral titulada , bajo la dirección de
.....(apellido y nombre director tesis)

Sin otro particular lo saludo atentamente.

Firma
Aclaración

