Tutorando:

Nombre:

Teléfono:

Email:

Año de ingreso a la carrera de Maestría:

Tutor:

Nombre:

Teléfono:

Email:

Área de la FCV-UBA a la que pertenece:

Cargo docente (aclarar si es regular o interino):

Nº de resolución del cargo:

Titulo/s de posgrado que posee:

Por medio de la presente (nombre del tutor)………………………………………………………………………

Acepto la tutoría de (nombre del tutorando)……………………………………………………………………… y las tareas que tendré que desempeñar según lo establece el reglamento de la Carrera de Maestría en Medicina Deportiva del Equino

Buenos Aires……/……./………

…………………………………………………… …………………………………………………

Firma y aclaración del tutorando Firma y aclaración del tutor

**En caso de cambios de tutor el tutorando deberá presentar una nueva ficha con la aceptación del nuevo tutor.**