**APROBACIÓN DEL PROFESOR GUÍA**

**A. ESTUDIANTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre y Apellido | C. I. Nº | Teléfono/Correo-electrónico | Firma |
|  |  |  |  |

**B. CARRERA/PROGRAMA**

|  |
| --- |
|  |

**C. TEMA DE INVESTIGACIÓN**

|  |
| --- |
|  |

**D. TÍTULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

|  |
| --- |
|  |

**E. PROFESOR GUÍA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre y Apellido | C. I. Nº | Grado Académico | Teléfono/Correo electrónico |
|  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Sr. Director

Por la presente doy mi aprobación para el inicio de la evaluación del Trabajo de Investigación arriba mencionado.

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del Profesor Guía