

CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DE TESIS

Estudiante: _____

Carné: _____

Facultad; Facultad de Ciencias Médicas

Título de la tesis y/o Informe EPS: _____

No.Tesis, Informes EPS y CDs. Recibidos: 01 Informe de tesis digital

Lugar y fecha: Guatemala,

Firma Auxiliar de Biblioteca y Sello _____

Autorizo a Biblioteca Central que mi tesis y/o Informes EPS sea colocad@ para ver el texto completo en la Página Web de la Biblioteca

Firma estudiante _____