Córdoba, …………. de ………………. de 201.....

Sr./Sra. Director/a de la Escuela de Posgrado

Facultad de Ciencias Químicas

Universidad Nacional de Córdoba

Dr./Dra.

S / D

Los abajo firmantes, miembros de la Comisión de Tesis de Maestría del/de la tesista ……………………… le autorizan a realizar el curso de formación específica/general: *…………………………………* dirigido por el/la Dr/a ………………………………...

El mencionado curso es organizado por la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Nacional de Córdoba y será dictado a partir del ……………. de ……………………… de 20…...

Sin otro particular, le saludan atentamente.

.................................................... ............................................

Firma miembro comisión Firma miembro comisión

....................................................

Firma del director/a