

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA-TIJUANA  
PROGRAMA DE TUTORÍAS**

**DR. JOSÉ FRANCISCO RAYGOZA MACÍAS**  
Director.

Por este conducto confirmo el cumplimiento al ingreso al Sistema Institucional de Tutorías de mi alumno (a) Tutorado:

PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)
MATRICULA		

Por lo que se autoriza su inscripción al ciclo escolar \_\_\_\_\_ como alumno.

REGULAR \_\_\_\_\_ REPETIDOR al \_\_\_\_\_ SEMESTRE. EVAL. PERMANENTE \_\_\_\_\_

Tijuana, B.C., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

A T E N T A M E N T E

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Tutor