Formulario:

**Revisión del Manuscrito Preliminar de la Tesis (MPT) por la**

**Comisión de Seguimiento de Tesis**

Doctorando/a:

Título del IPT:

Director/a:

Nombre y apellido del miembro de la Comisión de Seguimiento de Tesis:

|  |  |
| --- | --- |
| Dejo constancia de haber leído el MPT arriba mencionado y considero que:  *(marcar con X la opción que corresponda a su decisión)* | |
|  | 1. puede ser aprobado tal como se presenta la versión actual. |
|  | 2. puede ser aprobado, pero se sugieren correcciones mínimas. |
|  | 3. requiere modificaciones y una nueva revisión por la Comisión de Seguimiento de Tesis. |

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (en caso necesario continuar en hoja aparte)

-

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ☐ |  |  |
| Lugar y fecha | Firma | Aclaración |