Lima, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doctora

**MILAGROS CARRASCO LOYOLA**

Directora de la Escuela Profesional de Estomatología

Facultad de Estomatología

Presente.-

De mi consideración

Por medio de la presente, para dar conformidad al cambio de Plan de Estudios de la carrera que me encuentro cursando:

**APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***DNI N°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E.mail UPCH:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Carrera Profesional:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Plan de Estudios actual: Año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Plan de Estudios al que acepto cambiarme: Año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Asimos, declaro conocer y estar de acuerdo con las consideraciones señaladas en los lineamientos para el cambio de Plan de Estudios, vigente.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente

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

Nombre y Apellidos

DNI: