**Universidad Nacional Autónoma De Honduras**

**Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia**

**SEÑORES**

**MIEMBROS DE COMISION DE REVISION EXPEDIENTES**

**PRESENTE**

**ESTIMADOS SEÑORES:**

Por este medio hago constar que mi nombre completo

es **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

PARA LA IMPRESIÓN DE MI TITULO DE DOCTOR EN CIENCIAS QUIMICAS Y FARMACIA

Tegucigalpa, M.D.C \_\_\_\_\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Firma \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

TEL.