|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| UCV | **UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA** **FACULTAD DE MEDICINA****COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO****VEREDICTO** | **C:\Users\mmora\AppData\Local\Temp\logo-postgrado-1.png** |

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado**presentado por: **Dos nombres y Dos Apellidos** **Cédula de identidad Nº** V- #########, bajo el título “**Nombre Completo del Trabajo de Grado** ”, a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **Seleccione** , dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día Click or tap to enter a date. a las 08:00 AM.*,* para que **Seleccione** lo defendiera en forma pública, lo que **Seleccione** hizo en la Sala alternativa del CIM, ubicada en la Escuela de Medicina Luis Razetti, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **Seleccione**, por considerar, sin hacerse solidario con las ideas expuestas por **Seleccione**, que se ajustaa lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

3.- El jurado por unanimidad decidió otorgar la calificación de EXCELENTE al presente trabajo por considerarlo de excepcional calidad **Escriba texto justificativo*. En caso de aplicar, de lo contrario eliminar el párrafo en su totalidad.***

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, el día 28 de marzo de 2022. Conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como **Seleccione** del jurado XXXXXXX**.**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dos nombres dos apellidos  C.I. V- xxxxxxx.Hospital xxxxxxx | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dos nombres dos apellidos  C.I. V- xxxxxxx.Hospital xxxxxxx |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dos nombres dos apellidos  C.I. V- xxxxxxx.Hospital xxxxxxxChoose an item. |

**V.L**. **27/9/2021**