



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA LA ANTIGUA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN**

FORMULARIO DE REGISTRO DE TESIS

1.- DATOS DEL AUTOR

Apellidos y Nombres: _____

Cédula/Pasaporte: _____ Correo electrónico: _____

Domicilio: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono celular: _____

2.- IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Facultad/Escuela de Posgrado: _____

Título de la Tesis: _____

Asesor de la tesis: _____

3.- GRADO, TÍTULO O ESPECIALIZACIÓN

Licenciado Magister Doctor Segunda Especialidad

4.- TIPO DE TESIS

Tesis de pregrado Tesis de postgrado Tesis de doctorado

Trabajo de Investigación Trabajo de Campo Otro tipo de trabajo

Como constancia firmo el presente documento en _____, a los _____ días del mes
de _____ de _____.

Firma del tesista y cédula/pasaporte

Conforme a lo dispuesto en la Ley No. 81 de marzo de 2019 sobre la Protección de Datos Personales en Panamá, le informamos que sus datos pasarán a ser tratados por la Universidad con la finalidad de tramitar la gestión académica y administrativa de sus estudiantes, así como su participación en actividades y servicios universitarios. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, limitación, oposición o portabilidad ante la Universidad.

○ Asesor de la tesis:

○ Fecha de Sustentación de la tesis:

○ Número de Registro de Tesis

Firma del responsable de la oficina / Fecha / Sello