



SOLICITUD DE EVALUACIÓN DEL TRABAJO FIN DE MÁSTER

CURSO ACADÉMICO 202.. - 202..

Datos personales			
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	
DNI/ Pasaporte	Calle/Avenida/Plaza y número (dirección donde desea recibir la resolución)		
Población	Provincia	Código Postal	País
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Población	Provincia
Nacionalidad	Dirección de correo electrónico	Teléfono	Teléfono Móvil

Denominación del Máster
Licenciado/Graduado por la Universidad

Solicita la evaluación del Trabajo Fin de Máster
Denominación del Trabajo Fin de Máster (en Castellano y en Inglés)
Director/es del Trabajo Fin de Máster (incluir nº DNI para Directores Externos a la UC)
Centro/Departamento Responsable

En Santander, a de de

Firma del Solicitante

Firma del Director del Trabajo

SR. DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

FACULTAD DE MEDICINA. TELF.: 942 20 19 11. medicina@unican.es