

■ Datos del estudiante que presenta el TFM

Apellidos y nombre: D.N.I. núm.
Dirección: Nº Piso
C. Postal: Localidad: e-mail:
Teléfono: Matriculado en el Máster en

■ Título previsto del TFM:

■ Director [un máximo de tres]

1. Nombre y apellidos:

Departamento:
Área de conocimiento:

Vº Bº
[Firma]

Doctor: SÍ
NO

• En el supuesto de no ser profesor de la UZ, no pertenecer a un área de conocimiento vinculada con la titulación o no ser doctor: está autorizado por acuerdo de la Comisión de Garantía de la Calidad del Máster de fecha:

2. Nombre y apellidos:

Departamento:
Área de conocimiento:

Vº Bº
[Firma]

Doctor: SÍ
NO

• En el supuesto de no ser profesor de la UZ, no pertenecer a un área de conocimiento vinculada con la titulación o no ser doctor: está autorizado por acuerdo de la Comisión de Garantía de la Calidad del Máster de fecha:

3. Nombre y apellidos:

Departamento:
Área de conocimiento:

Vº Bº
[Firma]

Doctor: SÍ
NO

• En el supuesto de no ser profesor de la UZ, no pertenecer a un área de conocimiento vinculada con la titulación o no ser doctor: está autorizado por acuerdo de la Comisión de Garantía de la Calidad del Máster de fecha:

■ Ponente, en el supuesto de incumplir las condiciones señaladas:

Nombre y apellidos: Vº Bº
Departamento: [Firma]

Zaragoza, de de 2011
(firma)

