

Este documento debe ser entregado por el estudiante en la Secretaría de la Facultad dentro del plazo establecido, para su remisión a la Comisión de Garantía de la Calidad del Máster

MODIFICACIÓN TÍTULO TRABAJO FIN DE MÁSTER

D/D^a _____

DNI _____ Domicilio _____

Nº ____ Piso ____ Localidad _____ Provincia _____ CP _____

Teléfono _____ @ _____

Matriculado/a en el Máster en _____

TÍTULO ANTIGUO:

TÍTULO NUEVO:

MOTIVO:

Vº Bº
Director/es Trabajo Fin de Máster

(Ponente)

Fdo.: Fdo.: Fdo.:

Zaragoza, _____ de _____ de 20

Firma alumno/a