**DATOS del/de la ESTUDIANTE y del TFM**

|  |  |
| --- | --- |
| **Título TFM:** |  |
| **NIF/DNI** |  |
| **Apellidos, nombre:** |  |
| **Dirección postal** |  |
| **Teléfono/e-mail** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tribunal propuesto por el Departamento** | Presidente |  |
| Vocal |  |
| Secretario |  |
| Externo (si aplica) |  |
| Suplente |  |

Que se reunirá en el Acto de Lectura/Defensa del TFM:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Acto de Lectura/ Defensa** | Día y hora |  |
| Mes y Año |  |
| Lugar |  |

**VISTO BUENO del PROFESOR/A TUTOR/A y del/de la DIRECTOR/A DE DEPARTAMENTO DE:**

|  |
| --- |
| **Apellidos y Nombre (PT):** |
| En Madrid, a de de 20    **Fdo. PROFESOR/A TUTOR/A (PT) Fdo. DIRECTOR/A DEL DPTO.** |

**VISTO BUENO DE SECRETARÍA**

|  |
| --- |
| El/la estudiante ha presentado su TFM, cumpliendo todos los requisitos necesarios para su defensa.  En Madrid, a de de 20  Por Secretaría, |

**VISTO BUENO DEL SUBDIRECTOR/A DE ORDENACIÓN ACADÉMICA**

|  |  |
| --- | --- |
| Presidente |  |
| Vocal |  |
| Secretario |  |
| Externo (si aplica) |  |

En Madrid, a de de 20

**Fdo. EL SUBDIRECTOR/A de ORDENACIÓN ACADÉMICA**