COMPROMISO DE TUTORIZACIÓN TFM

**D/Dª: (**Nombre y Apellidos):

**Profesor/a del Departamento de**:

**Email**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Tlf**.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DNI/NIE/PASAPORTE:**

Adscrito a la línea de investigación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Solicita** tutorizar a D./Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con DNI.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Y Declara** conocer sus competencias y aptitudes de entre las que destaca:

*
*

En caso de que el estudiante pertenezca a otro Máster, Indique el nombre del mismo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

y los datos de contacto del coordinador/a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con el compromiso de dirigir el Trabajo Fin de Máster del solicitante siempre que la Coordinación y/o la Comisión Académica del Master lo considere conveniente.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_

 Firma del Tutor/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Alumno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_