



Este documento debe ser entregado por el/la estudiante en la Secretaría del Departamento dentro del plazo establecido

**DATOS DEL/LA ESTUDIANTE:**

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ N<sup>o</sup> \_\_\_\_ Piso \_\_\_\_  
C. Postal: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico a efecto de notificaciones \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

**TÍTULO ORIENTATIVO DEL TFG:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DIRECTORES/AS del TFG**

**1.- DATOS DEL DIRECTOR/A**

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_  
Departamento \_\_\_\_\_  
Centro \_\_\_\_\_

**2.- DATOS DEL DIRECTOR/A**

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_  
Departamento \_\_\_\_\_  
Centro \_\_\_\_\_

Y para que así conste a los efectos oportunos firman el presente Acuerdo de Tutela de Trabajo de Fin de Grado en Medicina en Zaragoza a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_