



DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: DNI: NIP:
Dirección: C.P.:
Localidad: Provincia: Tfno.:

Titulación matriculada:

- ☐ M. U. en Iniciación a la Investigación en Medicina
☐ M. U. en Condicionantes genéticos, nutricionales y ambientales del crecimiento y desarrollo
☐ M. U. en Inmunología Tumoral e Inmunoterapia del cáncer

Previsión convocatoria
defensa:

.....
(Según calendario académico)

Título del trabajo:

Título del trabajo en inglés:

El título que aparezca el trabajo en actas será aquel con el que definitivamente se incorpore al repositorio "Deposita", al realizar el depósito del mismo

Dirección

Para dirigir o codirigir el TFM será necesaria la condición de **Doctor y pertenecer a la Universidad de Zaragoza y a una de las áreas de conocimiento vinculadas a la titulación correspondiente**. El director/es que no cumplan estas condiciones deberán contar con el **informe razonado y favorable de la Comisión de Garantía de la Calidad de la titulación** de que se trate. El M.U. en Iniciación a la Investigación en Medicina no aceptará directores que no sean doctores, en ningún caso. En el M.U. en Inmunología Tumoral e Inmunoterapia del Cáncer, cuando no se cumpla el requisito de estar vinculado a la UZ, será necesario nombrar un profesor o miembro del personal investigador de la Universidad de Zaragoza que asuma las labores de **ponente**, avalando la adecuación y la calidad del trabajo presentado. El número de codirectores no podrá ser superior a dos salvo en el M.U. en Inmunología Tumoral e Inmunoterapia del Cáncer que podrá tener tres incluyendo al ponente. [Normativa Universidad. Artículo 5](#)

Director/a o Ponente (táchese lo que no proceda)

Apellido 1:		Apellido 2:		Nombre:	
En caso de pertenecer a la Universidad de Zaragoza:		Departamento:			
En caso de ser externo a la Universidad de Zaragoza:		DNI/Pasaporte/NIE:			
Universidad:		Entidad:		Otra (especificar):	

Director/a

Apellido 1:		Apellido 2:		Nombre:	
En caso de pertenecer a la Universidad de Zaragoza:		Departamento:			
En caso de ser externo a la Universidad de Zaragoza:		DNI/Pasaporte/NIE:			
Universidad:		Entidad:		Otra (especificar):	

Director/a

Apellido 1:		Apellido 2:		Nombre:	
En caso de pertenecer a la Universidad de Zaragoza:		Departamento:			
En caso de ser externo a la Universidad de Zaragoza:		DNI/Pasaporte/NIE:			
Universidad:		Entidad:		Otra (especificar):	

Resumen del trabajo a desarrollar: objetivos, metodología... (añadir las páginas que se considere):

--

Zaragoza, a

Firma estudiante:

SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DEL MÁSTER EN