Facultad de Medicina
Universidad Zaragoza

ACUERDO DE TUTELA PROYECTO ESTUDIANTE INVESTIGADOR

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

DATOS DEL/LA ESTUDIANTE:

D./Dª. _____ con DNI _____

Dirección: _____ Nº ____ Piso ____

C. Postal: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Correo electrónico a efecto de notificaciones _____

Teléfono _____ Departamento _____

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN AL QUE SE VINCULA:

_____

_____

PROFESOR/TUTOR DE INVESTIGACIÓN:

Nombre y apellidos _____

Departamento _____

Centro _____

COTUTOR DE INVESTIGACIÓN:

Nombre y apellidos _____

Departamento _____

Centro _____

Y para que así conste a los efectos oportunos firman el presente Acuerdo en Zaragoza a ____ de_____ de 20____.

Fdo. Estudiante:_____ **Fdo. Tutor/a:**_____ **Fdo. Cotutor/a:**_____