



SOLICITUD DE DEFENSA, DEPÓSITO Y ARCHIVO PROTEGIDO DEL TFM

| 1.- Datos personales del autor/a del Trabajo Fin de Máster | | |
|--|--------------------|---------------------|
| Apellidos: | Nombre: | |
| DNI/Pasaporte/NIE: | Teléfono: | Correo electrónico: |
| 2.- Datos académicos | | |
| Máster Universitario cursado: | | |
| 3. Título del Trabajo Fin de Máster | | |
| | | |
| 3.- Director/a del Trabajo Fin de Máster | | |
| D/D ^a : | DNI/Pasaporte/NIE: | |
| Universidad: | | |
| Departamento: | | |

| SOLICITA |
|--|
| Autorización para la defensa, depósito y archivo protegido del Trabajo Fin de Máster del que es autor/director por (señale las razones por las que se solicita): |
| |

| RESOLUCIÓN |
|---|
| La Comisión Académica del Programa de Master en su reunión de <fecha>, acordó emitir informe favorable/ no favorable a lo solicitado |

<lugar> <fecha>

El/La Presidente/a de la Comisión Académica

Fdo.:

SR. VICERRECTOR DE ORGANIZACIÓN ACADEMICA