

D./D.<sup>a</sup> , DIRECTOR/RA DEL DEPARTAMENTO  
DE DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE  
LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

**INFORMA:**

Que D./D.<sup>a</sup> , con DNI núm. , ha dirigido las  
siguientes tesinas de Licenciatura presentadas por alumnos de esta Facultad:

Título:  
Codirigida con  
Tesisando/da:  
Fecha de lectura:

---

Título:  
Codirigida con  
Tesisando/a:  
Fecha de lectura:

Y para que conste a los efectos oportunos y a petición de la persona interesada,  
firma la presente certificación en Madrid, a de de .

DIRECTOR/RA DEL DEPARTAMENTO DE

D./D.<sup>a</sup>