

**D. /D<sup>a</sup>:**

**DIRECTOR/A DEL DEPARTAMENTO DE**

**DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID**

**INFORMA:**

Que **D. /D<sup>a</sup>:**

**DNI num**

ha dirigido las siguientes tesinas de Licenciatura presentadas por alumnos de esta Facultad

TÍTULO:

NOTA:

CODIRECTORES:

FECHA DE LECTURA:

TÍTULO:

NOTA:

CODIRECTORES:

FECHA DE LECTURA:

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

Fecha:

Firma: