

D. /D^a:

DIRECTOR/A DEL DEPARTAMENTO DE

DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

INFORMA:

Que **D. /D^a:**

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: