

## SOLICITUD DE REALIZACIÓN DE TRABAJO FIN DE GRADO EN MEDICINA

### I.- Datos del estudiante/es

Apellidos y Nombre	
Teléfono	e-mail

Apellidos y Nombre	
Teléfono	e-mail

### II.- Datos del Director/co-director

Nombre	Departamento
Teléfono	e-mail

Nombre	Departamento
Teléfono	e-mail

### III.- Proyecto a realizar

Título

Firma del Estudiante

Firma del Director del TFG

Fecha:

**NOTA: El proyecto a realizar no debe de estar incluido en la oferta realizada por el Departamento.**

*Espacio reservado para la conformidad del Director del Departamento*

Firma del Director de Departamento

Remitir este documento a la secretaría del Departamento correspondiente