

**MODIFICACIÓN DE TÍTULO DEL TRABAJO FIN DE GRADO EN MEDICINA****Datos del estudiante/es**

Apellido	
Teléfono	E-mail

**Datos del Director/co-director**

Apellidos y Nombre:	Departamento:
E-mail	

Apellidos y Nombre:	Departamento:
E-mail	

**Título original:**

--

**Nuevo título:**

--

**Justificación de la modificación:**

--

Firma del estudiante

Firma del Director del TFG

Fecha:

Remitir este documento a la secretaria del departamento correspondiente y al Subcomité de ética de la Facultad de Medicina