

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