

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DELEGACIÓN DE FIRMA PARA LA SELECCIÓN DE TFG**

**D./Dña. ………………………………………………………...……………………….., con DNI Nº……………………., alumno/a del Grado en ……………………...….,**

**matriculado/a en …………………..… curso, delega la selección del TFG en**

**D./Dña. ……………………………………………...………………………………….., con DNI Nº…………………….**

**FIRMA DEL ALUMNO: FIRMA DE PERSONA DELEGADA:**

***La persona delegada, debe presentarse el día de la selección provisto de DNI.***