

FACULTAD DE MEDICINA

**ENTREGA DE TRABAJO FIN DE GRADO**

D.Dª\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con D.N.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, alumno/a matriculado en la Facultad de Medicina en el grado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cumpliendo con los Requisitos establecidos por la normativa vigente, hace entrega en la Secretaría de la Facultad del Trabajo de Fin de Grado titulado:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cuyo Tutor/a es el/la Profesor/a D./Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ adscrito/a al Departamento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Área de Conocimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Asimismo declara que:

1º. Es consciente de que la tramitación de dicho trabajo para su defensa queda condicionada a la comprobación del cumplimiento de los requerimientos establecidos en la relación al formato en el que debe entregarse.

2º. Es consciente de que la solicitud de expedición del título universitario oficial correspondiente supone el cierre del expediente académico en los citados estudios, por lo que no podrán ser calificado/a a partir de dicho momento en ninguna asignatura matriculada dentro de los estudios.

Sevilla, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_

El/La alumno/a, La Secretaría

DATOS DEL ALUMNO/A

DIRECCIÓN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LOCALIDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROVINCIA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_COD. POSTAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELÉFONO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_MÓVIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NÚMERO DE EJEMPLARES QUE ENTREGA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A cumplimentar por Secretaría

|  |
| --- |
| Nº de Créditos superados |
| Matriculado de todos los créditos |
| Entrega de Informe |