UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ
FACULTAD DE MEDICINA.
CALIFICACIÓN DE TRABAJO FIN DE MÁSTER CONJUNTO DE SALUD PUBLICA UMH-UA

Curso académico 2013-2014

TÍTULO DEL TFM:

CONVOCATORIA:

DATOS DEL TUTOR Y/O COTUTOR

	DEPARTAMENTO Y AREA / CENTRO DE TRABAJO	APELLIDOS, NOMBRE	CORREO ELECTRÓNICO
TUTOR			
COTUTOR			

DATOS DEL ALUMNO

DNI /PASAPORTE	APELLIDOS, NOMBRE	**NOTA (0-10)**

OBSERVACIONES

Fecha y firma del tutor/cotutores: