

***Sol·licitud per a la Presentació i Defensa
 del Treball Final de Màster***

COGNOMS:
NOM:

SOL·LICITA que se li autoritze a la presentació i defensa del TREBALL FINAL DE MÀSTER, fet sota la direcció del professorat que s'indica en aquest document.

TÍTOL DEL TREBALL:

--

DIRECTOR(S) / TUTOR(ES)	
Director/a: Departament/Centre: Signat:	Vist-i-plau Coordinador/a del Màster _____
Tutor/a: Departament: Signat:	Signat: Data: ___/___/___/

Data de sol·licitud i signatura de l'alumne/a:

SR./SRA. COORDINADOR/A DEL MÀSTER UNIVERSITARI EN OPTOMETRIA CLÍNICA Y VISIÓN