

**CURSO ACADÉMICO 2010-2011**

<b>Datos personales</b>			
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	
DNI/ Pasaporte	Calle/Avenida/Plaza y número (dirección donde desea recibir la resolución)		
Población	Provincia	Código Postal	País
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Población	Provincia
Nacionalidad	Dirección de correo electrónico	Teléfono	Teléfono Móvil

<b>Denominación del Máster</b>
<b>Licenciado/Graduado por la Universidad</b>

<b>Solicita la evaluación del Trabajo Fin de Máster</b>
<b>Denominación del Trabajo Fin de Máster</b>
<b>Director que avala el Máster</b>
<b>Centro/Departamento responsable</b>

En Santander, a 06 de abril de 2011

Firma del Solicitante

Firma del Director del Trabajo

**SR. DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CANTABRIA**