**ANEXO I. MODELO DE SOLICITUD DE ASIGNACIÓN DE TFM**

CURSO 20…../…..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identificación del Estudiante** | | |
| Apellidos y nombre |  | |
| DNI |  | |
| Dirección postal |  | |
| Dirección electrónica |  | |
| Teléfono |  | |
| **Solicitud línea temática** | | |
| 1º opción  Línea temática/Tutor |  | |
| 2º opción  Línea temática/Tutor |  | |
| 3º opción  Línea temática/Tutor |  | |
| Justificación de requisitos de solicitud |  | |
| Aval tutor TFM (SI/NO) |  | |
| **Firmas** | | |
| FECHA | Estudiante | Tutor TFM (si procede) |
|  |  |  |

## PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE CALIDAD DEL TITULO DE MÁSTER UNIVERSITARIO EN PROMOCIÓN DE LA SALUD MEDIANTE LA ACTIVIDAD FÍSICA

## ANEXO II. MODELO DE SOLICITUD DE CODIRECTOR\*

\*(*Esta solicitud debe ser presentada en el registro de la facultad)*

CURSO 20…../…..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identificación del Estudiante** | | | | |
| Apellidos y nombre |  | | | |
| DNI |  | | | |
| Dirección postal |  | | | |
| Dirección electrónica |  | | | |
| Teléfono |  | | | |
| **Identificación del Trabajo de Fin de Master asignado** | | | | |
| Título |  | | | |
| Title (English) |  | | | |
| Dirección | DIRECTOR | | CODIRECTOR | |
| Apellidos y nombre |  | |  | |
| Área de conocimiento |  | |  | |
| Departamento |  | |  | |
| **Firmas** | | | | |
| FECHA | Director | Codirector | | Estudiante |
|  |  |  | |  |

## PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE CALIDAD DEL TITULO DE MÁSTER UNIVERSITARIO EN PROMOCIÓN DE LA SALUD MEDIANTE LA ACTIVIDAD FÍSICA ANEXO III. VISTO BUENO DE DEFENSA DEL TFM

CURSO 20…../…..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Identificación del Trabajo de Fin de Master** | | | |
| Título |  | | |
| Title (English) |  | | |
| Dirección | DIRECTOR | CODIRECTOR (si procede) | |
| Apellidos y nombre |  |  | |
| Área de conocimiento |  |  | |
| Departamento |  |  | |
| **Identificación del Estudiante** | | | |
| Apellidos y nombre |  | | |
| DNI |  | | |
| Dirección postal |  | | |
| Dirección electrónica |  | | |
| Teléfono |  | | |
| **Firmas** | | | |
| FECHA | DIRECTOR | | CODIRECTOR (si procede) |
|  |  | |  |
| Declara que el Trabajo de Fin de Master está en condiciones de ser defendido | | |

## 

## ANEXO IV. MODELO DE SOLICITUD DE DEFENSA DE TFM

CURSO: . CONVOCATORIA: .

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identificación del Trabajo de Fin de Master** | | | | |
| Título |  | | | |
| Title (English) |  | | | |
| Director | DIRECTOR PRINCIPAL | | CODIRECTOR | |
| Apellidos y nombre |  | |  | |
| **Identificación del Estudiante** | | | | |
| Apellidos y nombre |  | | | |
| DNI |  | | | |
| Email: |  | | | |
| **Firmas** | | | | |
| FECHA presentación | Firma estudiante | | | |
|  |  | | | |
| **Vº Bº Secretaría**  **Cumple con los requisitos para poder defender TFM** | **(SI/NO)** | **Fecha** | | **Firma** |

**PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE CALIDAD DEL TITULO DE MÁSTER UNIVERSITARIO EN PROMOCIÓN DE LA SALUD MEDIANTE LA ACTIVIDAD FÍSICA**

## ANEXO V. FORMATO DE PORTADA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Nombre del Autor* | *Marca_2 color* |  |
| TÍTULO DEL TRABAJO | **fcd** | TÍTULO DEL TRABAJO  MÁSTER UNIVERSITARIO EN  PROMOCIÓN DE LA SALUD MEDIANTE LA ACTIVIDAD FÍSICA |
| *Facultad de Ciencias del Deporte*  *Universidad de Extremadura* | Autor: xxx  Director: xxx  Especialidad: xxx Profesionalizante o Investigación  Cáceres, curso 201\_/\_\_  Convocatoria de xxx |  |