

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

CURSO: \_\_\_\_\_.

CONVOCATORIA: \_\_\_\_\_.

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

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