**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: xxxDirector: xxxEspecialidad: xxx Profesionalizante o InvestigaciónCáceres, curso 201\_/\_\_Convocatoria de xxx |  |