

## 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 TÍTULO 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 TÍTULO DE MÁSTER UNIVERSITARIO  
EN PROMOCIÓN DE LA SALUD MEDIANTE LA ACTIVIDAD FÍSICA**

**ANEXO III. VISTO BUENO DE DEFENSA DEL TFM**

CURSO 20...../.....

<b>Identificación del Trabajo de Fin de Master</b>		
Título		
Title (English)		
Dirección	DIRECTOR	CODIRECTOR (si procede)
Apellidos y nombre		
Área de conocimiento		
Departamento		
<b>Identificación del Estudiante</b>		
Apellidos y nombre		
DNI		
Dirección postal		
Dirección electrónica		
Teléfono		
<b>Firmas</b>		
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		
<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**

## ANEXO V. FORMATO DE PORTADA

Nombre del Autor

## TÍTULO DEL TRABAJO

TÍTULO DEL TRABAJO



MÁSTER UNIVERSITARIO EN  
PROMOCIÓN DE LA SALUD MEDIANTE LA  
ACTIVIDAD FÍSICA

Autor:

Director:

Especialidad:  
Profesionalizante o Investigación

Facultad de Ciencias del Deporte  
Universidad de Extremadura

Cáceres, curso 201\_/\_

Convocatoria de xxx