



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DR/DRA. _____, PROFESOR/A
_____ ADSCRITO AL DEPARTAMENTO DE _____, COMO
TUTOR/A DEL TRABAJO FIN DE GRADO Y

DR./DRA. _____, PROFESOR/A _____
ADSCRITO AL DEPARTAMENTO DE _____, COMO COTUTOR/A DEL **TRABAJO FIN
DE GRADO.**

CERTIFICA/N: QUE EL PRESENTE TRABAJO TITULADO

“ _____ ”

HA SIDO REALIZADO POR _____ BAJO NUESTRA
DIRECCIÓN Y CUMPLE A NUESTRO JUICIO, TODOS LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA SER
PRESENTADO Y DEFENDIDO COMO TRABAJO DE FIN DE GRADO.

Y PARA QUE ASI CONSTE Y A LOS EFECTOS OPORTUNOS, FIRMAMOS EL PRESENTE
CERTIFICADO, EN SEVILLA A DÍA ____ DE _____ DE 20____.

D/D^a _____

TUTOR/A

D./D^a _____

COTUTOR/A