



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DR/DRA. _____, PROFESOR/A
_____ ADSCRITO AL DEPARTAMENTO DE _____, COMO
DIRECTOR/A DEL TRABAJO FIN DE **MÁSTER OFICIAL EN ODONTOLOGÍA INFANTIL** Y
DR./DRA. _____, PROFESOR/A _____
ADSCRITO AL DEPARTAMENTO DE _____, COMO COTUTOR/A DEL TRABAJO FIN
DE MÁSTER.

CERTIFICAN: 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 MÁSTER.

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^o _____

COTUTOR/A