



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DR/DRA. \_\_\_\_\_, PROFESOR/A  
\_\_\_\_\_ ADSCRITO AL DEPARTAMENTO DE \_\_\_\_\_, COMO  
DIRECTOR/A DEL TRABAJO FIN DE **MÁSTER OFICIAL EN ODONTOLOGÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA E  
INTEGRAL** 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<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

TUTOR/A

D./D<sup>o</sup> \_\_\_\_\_

COTUTOR/A