



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

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

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/Dª _____

TUTOR/A

D./Dª _____

COTUTOR/A