



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

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

CERTIFICA: QUE EL PRESENTE TRABAJO TITULADO
“ _____ ”

HA SIDO REALIZADO POR _____ BAJO MI
DIRECCIÓN Y CUMPLE A MI 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, FIRMO EL PRESENTE CERTIFICADO,
EN SEVILLA A DÍA ____ DE _____ DE 20____.

D/Dª _____

TUTOR/A