



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.**

**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/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

TUTOR/A