



**Autorización del Tutor/a para la presentación para su defensa del Trabajo Fin de Grado**

**Curso Académico**

1ª Convocatoria (Ordinaria)

2ª Convocatoria (Extraordinaria)

Convocatoria (Fin de carrera)

**Datos del Tutor/a**

<b>Nombre y Apellidos</b>	
<b>DNI</b>	
<b>Departamento</b>	

**Datos del Alumno/a**

<b>Nombre y Apellidos</b>					
<b>DNI</b>		<b>Teléfono</b>		<b>e-mail</b>	
<b>Grado en</b>					

**Título del Trabajo Fin de Grado**

El abajo firmante, en calidad de Tutor/a del presente Trabajo Fin de Grado, AUTORIZA sea presentado para su defensa y evaluación ante la Comisión Evaluadora correspondiente

Soria, a        de        de

Fdo.:

El/La Tutor/a

Sr. Presidente del Comité de Título del Grado en Fisioterapia.  
Facultad de Fisioterapia de Soria. Universidad de Valladolid.