



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. Facultad de Odontología
CERTIFICADO DE TUTORIZACIÓN
MASTER OFICIAL EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS

El profesor/a que autoriza la preinscripción

Nombre y apellidos:			
Departamento:		Correo electrónico:	
Facultad:			
Universidad:			

del estudiante

Nombre y apellidos			
Nº DNI / pasaporte		Correo electrónico:	

encuadrándole en la línea de investigación

--

CERTIFICA que, en el caso de que la inscripción de dicho estudiante en el programa sea aceptada, dispone de los recursos necesarios para la realización del Trabajo de Fin de Máster previsto en la normativa y encuadrado en la línea citada.

En _____, a _____ de _____ de 2023.

Fdo: Profesor Tutor/tutora

--

Fdo.: Estudiante

--

VºBº: Director del Departamento

--

Este documento firmado por: profesor tutor, estudiante y director de Departamento deberá adjuntarse en la aplicación de la Preinscripción, en el apartado: "Otra documentación que desea aportar", poniendo en el título del documento: "**Certificado de tutorización**".

Para la firma por el director del departamento: Una vez firmado por estudiante y tutor/tutora se enviará al correo del departamento al cual pertenece la línea de investigación.

Departamento de Especialidades Clínicas Odontológicas: dp455@ucm.es

Departamento de Odontología Conservadora y Prótesis: dp454@ucm.es

En el caso de departamentos externos, consulte el email en anexo I

Cuando esté firmado por el director, la secretaría del Dpto. se lo devolverá para que lo adjunte en la [Aplicación general para másteres universitarios](#)