



Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad Zaragoza

AUTORIZACIÓN DE DEFENSA

Los abajo firmantes, en calidad de director/a y codirector/a, exponen:

Que revisada la memoria de Trabajo Fin de Grado/Máster con los siguientes datos:

Titulación:

Título:

Estudiante:

Director/a:

Codirector/a:

Consideran que es APTA y autorizan al estudiante para su defensa.

En Zaragoza a fecha de

Director/a (Firma)

Codirector/a (Firma)