

**DOC-7 DOCUMENTO DE SOLICITUD DE PRORROGA DEL TFM**

**Apellidos y nombre del/a alumno/a:** \_\_\_\_\_

**D.N.I.:** \_\_\_\_\_ **e-mail:** \_\_\_\_\_

**Tlf.:** \_\_\_\_\_

**TITULACION:**     **Máster en Fisioterapia Neurológica**

**Título del Trabajo:** \_\_\_\_\_

**Curso Académico en el que se le asignó del Trabajo :** \_\_\_\_\_

**Curso Académico para el que solicita la prórroga del Trabajo:** \_\_\_\_\_

**Profesor Tutor:** \_\_\_\_\_

**Departamento:** \_\_\_\_\_

**Observaciones:**

Fecha:

Fdo:

(El alumno/a)

**Por la presente doy mi conformidad.**

Fecha:

Fdo:

(Profesor/a)

**VºBº de la comisión a fecha de :**

**Firma Presidente:**

**Firma Secretario:**