

**FACULTAD DE FARMACIA**

**SOLICITUD DE CAMBIO DE TRABAJO FIN DE GRADO**

**Curso 20\_\_\_-20\_\_\_\_**

**DATOS DEL ALUMNO:**

**Apellidos y nombre:**

**DNI:**

**Tfno./s:**

**Correo electrónico:**

**Trabajo Fin de Grado inicialmente asignado:**

**Título:**

**Profesor/a Tutor/a:**

**Departamento:**

**INCIDENCIA / MOTIVO:**

**SOLICITA:**

**Nuevo Trabajo Fin de Grado (2)**

**Título:**

**Profesor/a Tutor/a:**

**Departamento:**

En caso de no haberse ofertado, Vº Bº Director de Departamento: (Firma)

Los abajo firmantes están de acuerdo con el cambio solicitado por el alumno.

Alcalá de Henares, a de de 20\_\_\_\_

Fdo.: Fdo.: Fdo:

Tutor TFG (1) Tutor TFG (2) Alumno

**PROFESOR/A COORDINADOR/A DE TRABAJO FIN DE GRADO DE FARMACIA**