**ACEPTACIÓN DE DIRECCIÓN DE TRABAJO fin DE MáSTER**

**CURSO: 20 /20**

**Datos del Alumno/a:**

|  |  |
| --- | --- |
| APELLIDOS: |  |
|  |
| NOMBRE: |  |
|  |
| TELÉFONO |  |
|  |
| NIF: |  |
|  |
| CORREO ELECTRÓNICO: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Prácticas en empresas:** |  |
| **Trabajo de Investigación:** |  |
|  |
| Nombre del director/a del trabajo: |  |
| Nombre codirector/a del trabajo: |  |

Burgos, de de 20

El Director/a del trabajo El codirector/a del trabajo

CoordinadorA deL programa