**TRABAJO FIN DE MÁSTER**

**MÁSTER EN INVESTIGACIÓN EN MEDICINA TRASLACIONAL**

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESPACIO LIBRE DISPONIBLE PARA INCLUIR UNA IMAGEN RELACIONADA CON SU TFM SI SE DESEA (OPCIONAL)**

Título del TFM:

Autor: (*APELLIDOS Y NOMBRE*)

DNI:

Director/es:

Tutor académico *(en su caso)*:

Departamento/Servicio:

Curso Académico:

Convocatoria de: *(junio o septiembre)*