**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE DERECHO**

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN ACCESO AL EJERCICIO DE LA ABOGACÍA Y DE LA PROCURA (MAAP)**

**AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL TFM EN MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN**

**A/A. Delegada del Decano para la Coordinación del MAAP (olagodoy@ucm.es)**

**DATOS DEL ESTUDIANTE**

APELLIDOS:

NOMBRE:

DNI/NIE/PASAPORTE:

**DATOS DEL TUTOR**

APELLIDOS:

NOMBRE:

DEPARTAMENTO:

CATEGORÍA DOCENTE:

**DATOS DEL TFM**

CURSO ACADÉMICO:

ÁREA DE CONOCIMIENTO:

Por acuerdo con el Tutor que me ha sido asignado, con la firma del presente documento, solicito expresamente AUTORIZACIÓN para la realización de mi TFM en la modalidad de investigación al cumplir todos los requisitos establecidos al efecto.

En Madrid,

Fdo. Vtº Bº

ESTUDIANTE TUTOR

Conforme, Delegada del Decano para la Coordinación del MAAP