



## COMPROMISO DE TUTORIZACIÓN MÁSTER UNIVERSITARIO EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.  
Facultad de Odontología

El profesor/a que se compromete a la tutorización en el caso de que el solicitante sea admitido y se matricule:

Nombre y apellidos:	
Correo electrónico:	
Departamento:	

Estudiante:

Nombre y apellidos			
Nº DNI / pasaporte		Correo electrónico:	

línea de investigación en que se encuadra:

--

CERTIFICA que, en el caso de que la inscripción de dicho estudiante en el programa sea aceptada, dispone de los recursos necesarios para la realización del Trabajo de Fin de Máster previsto en la normativa y encuadrado en la línea citada.

En Madrid,

Firma de Tutor/tutora

--

Firma de Estudiante

--

Firma de Director del Departamento

--

Este documento firmado electrónicamente por: tutor/tutora, estudiante y director de Departamento deberá adjuntarse en la aplicación de la Admisión, en el apartado: "Otra documentación que desea aportar", poniendo en el título del documento: "**Compromiso de tutorización**".

**Para la firma por el director del departamento:** Una vez firmado por estudiante y tutor/tutora se enviará al correo del departamento al cual pertenece la línea de investigación.

Departamento de Especialidades Clínicas Odontológicas: dp455@ucm.es

Departamento de Odontología Conservadora y Prótesis: dp454@ucm.es

En el caso de departamentos externos, consulte el email en anexo I

Cuando esté firmado por el director, la secretaría del Dpto. se lo devolverá para que lo adjunte en la [Aplicación general para másteres universitarios](#)