



Facultad de Medicina y Enfermería
UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

Sello Registro de Entrada:

SOLICITUD CAMBIOS TFG

Datos del solicitante

Apellidos

Nombre

D.N.I. o Pasaporte

Teléfono

Correo electrónico

Domicilio para notificaciones

Código Postal

Localidad

Provincia

El/la abajo firmante, cuyos datos personales se consignan arriba,

SOLICITA CAMBIAR EL TÍTULO:

TÍTULO ANTIGUO:

TÍTULO NUEVO:

SOLICITA CAMBIOS EN DIRECTORES/AS O CO-DIRECTORES/AS:

Córdoba a de de 202_

Firma interesado/a

VºBº DIRECTOR/A

SR. SECRETARIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y ENFERMERÍA