

**Titulación: MÁSTER UNIVERSITARIO EN FISIOTERAPIA  
EN DISFUNCIONES DEL SUELO PÉLVICO**

Título TFM (castellano): .....

Título TFM (inglés): .....

Estudiante: .....

**AUTORIZACIÓN DEL/DE LA TUTOR/A**

D./Dña. ...., profesor/a del Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional, **AUTORIZA**

a D./Dña. ....

A presentar la propuesta de TRABAJO FIN DE MÁSTER que será defendida ante el correspondiente Tribunal en Castellano

En....., a..... de..... de 20.....

Fdo. ....

**Sr./Sra. PRESIDENTE/A del TRIBUNAL EVALUADOR**