



VNIVERSITAT Đ VALÈNCIA

Departament de Medicina Preventiva i Salut Pública,
Ciències de l'Alimentació, Toxicologia i Medicina Legal

Valencia, ___ de _____ de 20__

Dº/Dª _____,

profesor/profesora del Master en Salud Pública y Gestión Sanitaria de la Universitat de València y tutor asignado para la realización del Trabajo Fin de Master del Master en Salud Pública y Gestión Sanitaria de la Universitat de València por parte del estudiante

_____ está de acuerdo en que este estudiante sea tutorizado a todos los efectos por el profesor/a D/Dª _____

Firmado D/Dª _____

Dº/Dª _____,

profesor/profesora del Master en Salud Pública y Gestión Sanitaria de la Universitat de València, acepta para todos los efectos la dirección del Trabajo de Fin de Master del estudiante:

_____ Firmado D/Dª _____