



VNIVERSITAT ID VALÈNCIA  
Departament de Psicobiologia



## AUTORIZACIÓN PARA LA DEFENSA DEL TRABAJO FIN DE MÁSTER

<b>CENTRO</b>	
---------------	--

<b>ESTUDIANTE</b>	
-------------------	--

<b>TÍTULO DEL TRABAJO FIN DE MASTER</b>	
---	--

<b>DIRECTOR/DIRECTORA TUTOR/TUTORA</b>	
--	--

Profesor/a del Departamento \_\_\_\_\_

AUTORIZA a D./Dña. \_\_\_\_\_

a realizar la defensa del TRABAJO FIN DE MÁSTER realizado bajo su supervisión.

Valencia a \_\_\_\_\_

El Director/La Directora

Fdo.: \_\_\_\_\_