|  |  |
| --- | --- |
| **LOGOUCAV** | TFM: A-T |
| Facultad de Ciencias de la Salud - **Curso 2022/2023****SOLICITUD DE ÁREA TEMÁTICA Y ASIGNACIÓN DE DIRECTOR TFM** |
| **Máster Universitario en Terapia Manual del Sistema Musculoesquelético** |

|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE** Por favor, indique sus datos en mayúsculas. |
| NOMBRE Y APELLIDOS: Pulse aquí para escribir. |
| Nº DNI/TIE/PASAPORTE: Pulse aquí para escribir. |
| DOMICILIO: Pulse aquí para escribir. |
| LOCALIDAD: Pulse aquí para escribir. | PROVINCIA: Pulse aquí para escribir. | CP: Pulse aquí para escribir. |
| TELÉFONO MÓVIL (Obligatorio): Pulse aquí para escribir. | TELÉFONO FIJO: Pulse aquí para escribir. |
| CORREO ELECTRÓNICO (Obligatorio): Pulse aquí para escribir. |
| **SELECCIÓN DE AREAS TEMÁTICAS POR ORDEN DE PREFERENCIA:**El estudiante debe numerar de 1 a 7 el orden de preferencia de todas las áreas temáticas.  |
| **Código** **Área** | **ÁREA TEMÁTICA** | **Orden de Preferencia** |
| **A1** | TERAPIA MANUAL EN EL RAQUIS VERTEBRAL | Pulse aquí para escribir. |
| **A2** | TERAPIA MANUAL EN EL MIEMBRO SUPERIOR | Pulse aquí para escribir. |
| **A3** | TERAPIA MANUAL EN EL MIEMBRO INFERIOR | Pulse aquí para escribir. |
| **A4** | TERAPIA MANUAL ATM Y CRÁNEO | Pulse aquí para escribir. |
| **A5** | SINDROME DEL DOLOR MIOFASCIAL | Pulse aquí para escribir. |
| **A6** | NEURODINAMIA | Pulse aquí para escribir. |
| **A7** | OTRO: Pulse aquí para escribir. | Pulse aquí para escribir. |
| Propuesta Título TFM: Pulse aquí para escribir. |
| Breve descripción de la propuesta de TFM: Pulse aquí para escribir. |
| [ ]  Solicito Codirector externo a la UCAV (1).  | Nombre del Codirector que propone Pulse aquí para escribir. |
| 1. El codirector que se proponga ha de ser profesional especialista en la materia. El estudiante debe aportar con la presente solicitud el *Curriculum Vitae* de dicho profesional. La UCAV se reserva el derecho de aceptación del codirector propuesto.
 |
| Observaciones que el estudiante considere de interés: Pulse aquí para escribir. | **Firma del estudiante****Fecha de la Solicitud:** Pulse aquí y seleccione fecha. |
| **ASIGNACIÓN DE ÁREA TEMÁTICA Y DIRECTOR/CODIRECTOR:**El Coordinador responsable de TFG según titulación/área, debe resolver la presente solicitud, fecharla y firmarla. |
| Vista la solicitud formalizada por el estudiante, se acuerda asignarle la siguiente Área Temática y Director de TFM: |
| Área Temática del TFM: Pulse aquí para escribir. |
| Director de TFM asignado: Pulse aquí para escribir. |
| Codirector de TFM (si lo hubiere): Pulse aquí para escribir. |
| **Firma del Coordinador****Fecha de la Resolución:** Pulse aquí y seleccione fecha. |

|  |
| --- |
| **IMPORTANTE: La presente asignación de Área Temática y de Director de TFM caduca al finalizar el curso académico en el que se formalizó la presente solicitud.** |