|  |  |
| --- | --- |
| **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.** |