

CONVOCATORIA Enero Junio Septiembre

TRIBUNAL

Presidente/a Secretario/a Vocal	Apellidos y nombre	<input type="text"/>	NIP	<input type="text"/>
	Apellidos y nombre	<input type="text"/>	NIP	<input type="text"/>
	Apellidos y nombre	<input type="text"/>	NIP	<input type="text"/>

ESTUDIANTE Apellidos y nombre NIP

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER Título en castellano

EVALUACIÓN DEL TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

CALIFICACIÓN DE LA DIRECCIÓN DEL TRABAJO

Indique aquí la calificación asignada por el director/a del TFM (máximo 7 puntos)	<input type="text"/>
---	----------------------

3. EXPOSICIÓN Y DEFENSA

3.1. Exposición (máximo 2 puntos) Claridad, originalidad, ajuste al tiempo establecido, contenido ajustado al TFM presentado	<input type="text"/>
3.2. Defensa (máximo 1 punto) Capacidad de respuesta a las preguntas formuladas	<input type="text"/>

CALIFICACIÓN FINAL (Cuantitativa y cualitativa)

Justificación de calificación

En, a de de

Fdo. Presidente/a

Fdo. Secretario/a

Fdo. Vocal

Se ruega remitir a la Facultad por correo electrónico (acasociz@unizar.es), indicando en el asunto "Evaluación Tribunal TFM".