



Universitat de Lleida
Facultat de Medicina

Carrer de Montserrat Roig, 2
E 25008 LLEIDA (Catalunya)
Tel. +34 973 70 24 00
Fax +34 973 70 22 91
deganatm@fmedicina.udl.cat
<http://www.medicina.udl.cat>

El sotasignat, en/na(nom del tutor) _____, per la present, es compromet a
tutoritzar el treball final de grau de' n/na _____ (nom de l'estudiant),
estudiant del grau de Medicina, en el proper curs.

I així, per tal de respectar l'igualtat d'oportunitats en l'accès als treballs finals de grau d'altrestudiants del grau de Medicina, també es compromet a figurar entre els tutors elegibles el proper curs, tutoritzant al menys un treball més del que aquest document compromet.

I per acreditar-ho, signa el present a _____, el _____ de _____ de _____