**AUTORIZACIÓN DIRECTOR/A DE TESIS**

D./Dña., \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)₎, en calidad de director/a de tesis de D./Dña.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (DNI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)₎, autorizo su adscripción al Instituto Universitario\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Y para que conste a efectos oportunos, firmo el presente documento.

En……………………………………a…………de……………………….de …………………..

DIRECTOR/A DE TESIS

Nombre y Apellidos:

Firma: