



**Universitat de Lleida**  
Escola Tècnica Superior d'Enginyeria  
Agrària

Av. Alcalde Rovira Roure, 191  
E-25198 Lleida  
Tl. +34 973 702500  
Fax +34 973 238264

**DEFENSA DEL TREBALL FINAL DE MÀSTER (TFM)**

**I. DADES PERSONALS DE L'ESTUDIANT**

Cognoms, Nom: _____ DNI _____
-------------------------------

**II. DADES DEL MÀSTER**

Titulació: _____
Títol definitiu del TFM: _____
_____

**III. TUTOR/A-CO-TUTOR/A**

Tutor/a: _____
Co-tutor/a: _____

L'estudiant

Vist-i-plau del tutor/a

Data:

Data:

**IV. DEFENSA DEL TFM**

Membres del tribunal avaluador:

1.- President/a \_\_\_\_\_

2.- Secretari/a \_\_\_\_\_

3.- Vocal \_\_\_\_\_

Data de lectura del treball: _____	Hora: _____	Lloc: _____
------------------------------------	-------------	-------------

President/a

Secretari/a

Vocal

Data:

Data:

Data: