

ACTA DE REVISIÓN DA CUALIFICACIÓN DO TFG

CURSO ACADÉMICO:

CONVOCATORIA: Xuño ☐ Xullo ☐ Extraordinaria ☐ Setembro ☐

LUGAR, DATA E HORA DA REVISIÓN

PROFESOR/A QUE REALIZA A REVISIÓN:

Apelidos e nome	Sinatura e DNI alumno-a	Sinatura profesor-a
OBSERVACIÓNS:		