



Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad Zaragoza

SOLICITUD DE REVISIÓN DE
CALIFICACIÓN DE TFG/TFM

DATOS ESTUDIANTE

Nombre y Apellidos	
DNI/NIF	Correo electrónico
Grado/ Máster	
Dirigido por	

Solicita la revisión de su nota de TFG titulado:

La calificación obtenida fue: y los motivos para su revisión son:

En Zaragoza, a fecha de

Firmado: