

Facultad de Filosofía y Letras

Solicitud de revisión de calificación

Trabajo Fin de Máster

MÁSTER	
CURSO ACADÉMICO	
DATOS DEL ALUMNO	
Apellidos, Nombre:	
DNI:	
Correo electrónico:	
Teléfono:	
El/la abajo firmante SOLICITA la revisión de la calificación obtenida en el Trabajo Fin de Máster conforme a la normativa vigente en la Universidad de Cádiz y el Reglamento Interno del Trabajo Fin de Máster de la Facultad de Filosofía y Letras	
Título del TFM:	
Tutor del TFM:	
Exposición de motivos:	
Fecha:	
Firma del Reclamante:	

SR. DECANO DE LA FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
DE LA UNVERSIDAD DE CÁDIZ