DOCUMENTO DE ASISTENCIA Á REVISIÓN DE CUALIFICACIÓNS

(aprobado na Comisión Permanente do día 26/9/2014 e refrendado na Comisión de Garantía de Calidade do día 29/9/2014)

|  |  |
| --- | --- |
| **PROFESOR/A** |  |
| **MATERIA**  |  |
| **CURSO**  |  |
| **TITULACIÓN**  |  |
| **DATA REVISIÓN**  |  |
| **ALUMNAS/OS QUE ACODEN Á REVISIÓN**  |
| **NOME**  | **APELIDOS**  | **DNI**  | **SINATURA**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **INCIDENCIAS**  |
|  |