

REQUERIMENTO DE REPOSIÇÃO DE AVALIAÇÃO

DADOS DO REQUERENTE:

Nome completo: _____
Curso: _____
Registro acadêmico: _____. Contato: () _____

DOCUMENTO APRESENTADO ANEXO A SOLICITAÇÃO:

- Atestado Médico
 Convocação Militar
 Outros:

PREENCHER UMA SOLICITAÇÃO PARA CADA COMPONENTE:

Segunda Chamada da Avaliação aplicada no dia ____/____/____.

Componente _____
Professor (a) _____

- Prova
 Trabalho
 Outra atividade avaliativa: _____

Colombo, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do aluno/responsável legal.

PARECER DO PROFESSOR DA DISCIPLINA:

- Deferido
 Indeferido

Observações: _____ ASSINATURA DO
PROFESSOR

O prazo para apresentação de atestado médico é de 3 dias após a expedição. Deve ser encaminhado para o e-mail da secretária acadêmica: secretaria.colombo@ifpr.edu.br.