INSTITUTO FEDERAL
Paraná
Campus
Paranaguá

Protocolo N°_____/_____ **DATA:____ /____ /____**

SOLICITAÇÃO DE REPOSIÇÃO DA AVALIAÇÃO

VIA DOCENTE

ALUNO:_____

CURSO:_____ **TURMA:**_____

MATRÍCULA:_____

FONES:_____ / _____ / _____

Documento apresentado no ato da solicitação:

( ) Atestado médico ( ) Atestado de óbito

( ) Convocação de reservista ( ) OUTROS:

JUSTIFICATIVA:_____

_____

_____

_____

_____ _____

Ass. do Requerente **Ass. do Pai ou responsável (se menor).**

(Preencher uma solicitação para cada disciplina)

Disciplina a ser reposta:_____

Professor da disciplina:_____

Parecer: ( ) Deferido ( ) Indeferido **Reposição será realizada em: _____/_____/_____**

Assinatura do professor: _____

CORTAR----------

VIA ALUNO

PROTOCOLO N°: _____ **DATA:____ /____ /____**

ALUNO:_____

CURSO:_____ **TURMA:**_____

Disciplina a ser reposta:_____

Professor da disciplina:_____

Parecer: ( ) Deferido ( ) Indeferido **Reposição será realizada em: _____/_____/_____**

Assinatura do professor: _____

A reposição de avaliação deverá ocorrer no máximo em até 15 dias úteis, a contar da data do deferimento.