



PROTOCOLO Nº _____ / _____

DATA: ____ / ____ / ____

REQUERIMENTO

SOLICITAÇÃO DE REPOSIÇÃO DE AVALIAÇÃO

DADOS DO ESTUDANTE:

ALUNO: _____

CURSO _____ TURMA/TURNO: _____

COMPONENTE CURRICULAR	PROFESSOR	DATA DA AUSÊNCIA NA AVALIAÇÃO

JUSTIFICATIVA: _____

Documento: () Atestado Médico () Atestado de óbito () Outros: _____

Assinatura do Estudante /ou de seu responsável

USO EXCLUSIVO DA SECRETARIA ACADÊMICA	USO EXCLUSIVO DO PROFESSOR
APRESENTOU O ATESTADO DENTRO DO PRAZO (3 DIAS ÚTEIS) <input type="checkbox"/> DEFERIDO <input type="checkbox"/> INDEFERIDO	<input type="checkbox"/> DEFERIDO <input type="checkbox"/> INDEFERIDO

-----cortar-----

PROTOCOLO Nº _____ / _____

DATA: ____ / ____ / ____

SOLICITAÇÃO DE REPOSIÇÃO DE AVALIAÇÃO

Aluno: _____

Recebido por: _____

Obs.: Caso seja deferido, a data da nova avaliação deverá ser acordada diretamente com o professor