

REQUERIMENTO DE REVISÃO DE NOTAS
(§1º e §2º do art. 29 da Resolução CEPE Nº 011 DE 23/01/2014)

Discente: _____ Matrícula: _____

Curso: _____ Polo: _____

Data da solicitação: ____ / ____ / ____

Telefone de contato: (____) _____

O DISCENTE ACIMA IDENTIFICADO REQUER REVISÃO DE NOTAS DE:

() Prova Presencial

() Tarefa (especificar): _____

() Outros (especificar): _____

Disciplina: _____ Módulo: _____

Período de execução das atividades: ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

Motivo: _____

Assinatura do discente

Parecer do docente responsável pela disciplina

Nome do docente: _____

() Deferido em ____ / ____ / ____ () Indeferido em ____ / ____ / ____

Motivo: _____

Docente da disciplina

IMPORTANTE: Somente será analisado o requerimento que: seja enviado de forma digital (digitalizado) com todos os itens devidamente preenchidos, contendo assinatura do requerente e que esteja acompanhado de todos os documentos comprobatórios necessários para justificar a solicitação.