**REQUERIMENTO DE REVISÃO DE NOTA**

|  |
| --- |
| **DADOS DO REQUERENTE** |
| **NOME COMPLETO** | (não usar abreviaturas) | **MATRÍCULA** |
| **CURSO** | **RG** | **CPF** |
| **E-MAIL** | **TELEFONE PARA CONTATO** |

|  |
| --- |
| Eu, acadêmico(a) acima qualificado(a) venho requerer, nos termos da Resolução nº 017/CUn/1997: 🔾 **Revisão de Nota de Avaliação** 🔾 **Revisão de Nota Final**;DISCIPLINA MEN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ministrada pelo(a) professor(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, considerando: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Nestes Termos,

Peço Deferimento,

***Em anexo, os documentos:***

⮚ Atestado de Matrícula (documento obrigatório);

⮚ Trabalho(s) ou prova(s) em que solicito revisão.

Florianópolis, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Requerente

|  |
| --- |
| **PARA USO DO DEPARTAMENTO DE ENSINO – MEN** |
| **PARA USO DA SECRETARIA**Solicitação processada em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**Protocolo SPA nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Encaminhe-se ao(a) professor(a) da disciplina para análise e parecer.Florianópolis, \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Assinatura |  |  |