

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO ESCOLAR**

REQUERIMENTO

- () AUTORIZAÇÃO PARA EFETUAR NOVA PROVA
- () REVISÃO DA AVALIAÇÃO PARCIAL
- () REVISÃO DA AVALIAÇÃO FINAL

NOME: _____

MATRÍCULA: _____ CURSO: _____

E-mail: _____

Telefone fixo: _____

Celular: _____

REQUER: Ao Chefe do Departamento de _____ com base na Resolução 017CUn/97.

() AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR AVALIAÇÃO DA DISCIPLINA : _____
_____ realizada em ____/____/____

Turma: _____

Professor(a): _____

() REVISÃO DA AVALIAÇÃO PARCIAL DA DISCIPLINA:

_____ realizada em ____/____/____

Turma _____

Professor(a): _____

() REVISÃO DA AVALIAÇÃO FINAL DA DISCIPLINA:

_____ realizada em ____/____/____

Turma _____

Professor(a): _____

JUSTIFICATIVA :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DATA: ____/____/____

ASSINATURA