# REQUERIMENTO

* REVISÃO DA AVALIAÇÃO PARCIAL
* REVISÃO DA AVALIAÇÃO FINAL
* CÓPIA DA AVALIAÇÃO

NOME: ............................................................................................................................................................................

CURSO: ..........................................................................................................................................................................

MATRÍCULA:...................................... CPF:..................................................

ENDEREÇO: (Rua, Avenida, Número, Sala, Apartamento): .........................................................................................

.........................................................................................................................................................................................

Bairro:........................................ Cidade:............................................................................................ UF:..............

CEP........................... Telefone:................................... Email:....................................................................................

REQUER: Ao Chefe do Departamento de ..............................................................................................................., com base na Resolução nº 017/CUn/97.

 Revisão da Avaliação Parcial da Disciplina: .......................................................................................................... Turma:.......................... realizada no dia ......../.........../........... pelo professor ........................................................

 e publicada no dia ......../.........../...........

 Revisão da Avaliação Final da Disciplina ............................................................................................................. Turma:.......................... realizada no dia ......../.........../........... pelo professor .......................................................

 e publicada no dia ......../.........../...........

 Cópia da Avaliação da Disciplina ........................................................................................................................ Turma: ........................ realizada no dia ......../.........../........... pelo professor ........................................................

 e publicada no dia ......../.........../...........

JUSTIFICATIVA DO PEDIDO:

..........................................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................................

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ASSINATURA