Revisão de Atividade de Avaliação

Nome do aluno solicitante(completo sem abreviaturas):		
Curso:		**Turno:** ( ) Matutino ( ) Vespertino ( ) Noturno
Telefone:	Celular:	Recado:
E-mail:		

Unidade Curricular: ___________________________ Professor: ____________________

RDP: "Art. 99 § 1º O aluno deverá requerer a revisão de atividade de avaliação à Coordenadoria de Curso, no prazo de 2 (dois) dias úteis após a divulgação do resultado da avaliação pelo professor, explicitando em quais questões da avaliação o aluno se sente prejudicado, com a devida justificativa."

QUESTÕES DA AVALIAÇÃO e JUSTIFICATIVA

____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____

Assinatura do aluno solicitante: ____

Data: _____/_____/__________

- - - Destacar- - - - - Destacar- - - - - Destacar- - - - - Destacar- - - - - Destacar- - - - - Destacar- - - - - Destacar- - - - - Destacar- - - - - Destacar- - - - - Destacar- - - - - Destacar- - - - - Destacar- - - - - Destacar- - - - - Destacar- - - - - Destacar- - - - - - - - - - -

COMPROVANTE DE ENTREGA

Recebi do aluno ____ do Curso _______________________________
sua Solicitação de Revisão de Atividade de Avaliação em _____/_____/__________ .

Coordenação de Curso (ASSINATURA E CARIMBO):

Fluxo: Aluno => Coordenação de Curso => Banca