**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA**

**REQUERIMENTO**

**- Pedido de alteração de data de prova/atividade**

**- pedido de revisão de prova parcial ou final**

**\*Depois de preenchido, este requerimento deverá ser enviado diretamente ao(a) professor(a).**

|  |
| --- |
| **DADOS DO ALUNO (A)** |
| NOME COMPLETO:  | MATRÍCULA:  |
| CURSO DE GRADUAÇÃO EM: |
| TELEFONE: | E-MAIL: |
| **DADOS DA DISCIPLINA** |
| NOME DO (A) PROFESSOR (A): | TURMA: |
| CÓDIGO:  | NOME DISCIPLINA:  |
| DATA DA PROVA:  | DATA DA DIVULGACÃO DA NOTA:  |

**\*\*Utilize um formulário para cada assunto.**

**Solicito:**

( ) Autorização para efetuar avaliação fora da data/prazo estipulado.

( ) Autorização para realizar atividade fora da data/prazo estipulado.

( ) Revisão da avaliação PARCIAL da disciplina (provas que ocorrem ao longo do semestre).

( ) Revisão da avaliação FINAL da disciplina (prova final semestral).

|  |
| --- |
| **SOLICITAÇÃO / JUSTIFICATIVA** |
|  |

Data: Assinatura: