

REQUERIMENTO DE REVISÃO DE PROVA

Pelo presente, eu, _____, aluno(a) regularmente matriculado(a) no curso de _____, sob o nº _____, cursando a disciplina de _____ do _____ período, turno _____, do curso de Medicina do Campus Central, venho requerer a revisão da _____ª avaliação da disciplina supracitada, ocorrida em ____/____/____, por não concordar com a nota atribuída, em razão dos fundamentos a seguir.

Telefone:() _____ E-mail: _____.

DESCRIÇÃO FUNDAMENTADA DO MOTIVO DA REVISÃO:

Documentos Anexados:

() Cópia do instrumento de Avaliação

Mossoró, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Requerente

Despacho do(a) Chefe de Departamento

Defiro () Sim () Não – a solicitação acima em razão de:

Mossoró, _____ de _____ de _____.

Chefe do Departamento de Medicina

i