**REQUERIMENTO DE REVISÃO DE AVALIAÇÃO**

(Prazo: Dentro de 2 dias úteis após a divulgação do resultado)

NOME: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

CURSO: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

MATRÍCULA: Clique ou toque aqui para inserir o texto. CPF: Clique ou toque aqui para inserir o texto. Telefone: Clique ou toque aqui para inserir o texto. Email: Clique ou toque aqui para inserir o texto.

REQUER: À Chefia de Departamento, com base na Resolução nº 017/CUn/97, art.70, §1º e art. 73, a revisão de avaliação da disciplina Clique ou toque aqui para inserir o texto. código: Clique ou toque aqui para inserir o texto. turma: Clique ou toque aqui para inserir o texto. realizada no dia Clique ou toque aqui para inserir uma data., pelo professor Clique ou toque aqui para inserir o texto. e publicada no dia Clique ou toque aqui para inserir uma data. de acordo com a seguinte justificativa:

Clique ou toque aqui para inserir o texto.

Araranguá: Clique ou toque aqui para inserir uma data. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ASSINATURA DO ALUNO

Recebido pela secretaria em Clique ou toque aqui para inserir uma data. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ASSINATURA