

Requerimento Revisão da Avaliação

Ilmo Sr. Chefe do Departamento de Matemática

Referente à turma: _____, da disciplina código: _____

Nome disciplina: _____

Aluno interessado: _____

Nº de matrícula: _____ Tel. Contato: _____

Email: _____

Prof.: _____

Venho perante V. S^a apresentar pedido de:

Vista da avaliação em: _____

(art. 36 RAG – prazo de 03 (três) dias úteis após vista da avaliação)

Pelos seguintes motivos:

Nestes termos, pede encaminhamento e deferimento.

Juiz de Fora, _____ de _____ de _____.

Requerente