**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA**

**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 para a Secretaria do Departamento, no e-mail: fon@contato.ufsc.br;**

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

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

**\*\*\* Em caso de problemas de saúde, anexar o atestado médico.**

**Solicito:**

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

( ) 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: