

REQUERIMENTO

SEGUNDA CHAMADA DE AVALIAÇÃO

PROCOLO Nº. _____

NOME: _____

CURSO: _____ SÉRIE: _____ TURNO: _____

E-MAIL: _____ FONE: _____

2ª Chamada de Avaliação da Disciplina: _____

Professor: _____ Data da Avaliação: ____/____/____

Justificativa: _____

OBS.: 1) Anexar comprovante da justificativa, de acordo com o Art. 5º da Resolução Nº 101/2016-CEPE.

2) O prazo para a solicitação de 2ª chamada é de até dez dias letivos, a contar do dia seguinte à data de realização da avaliação – (Art. 6º da Resolução Nº 101/2016-CEPE).

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Requerente

PARECER DO PROFESSOR DA DISCIPLINA

Foz do Iguaçu, ____/____/____

Assinatura do (a) Professor (a)

PARECER DO COORDENADOR DO CURSO

Foz do Iguaçu, ____/____/____

Assinatura do (a) Coordenador (a)

CIÊNCIA DO ACADÊMICO: ____/____/____. ASS: _____