|  |
| --- |
| **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  Campus Reitor João David Ferreira Lima – Bairro Trindade CEP: 88.010-970 - Bloco G do CSE – 1º andar  Fone: 3721-6618 |

|  |
| --- |
|  |



**PEDIDO DE REVISÃO DE PROVA**

**Orientações:**

De acordo com o **Art. 73**, da **Resolução 17/CUn/97**:

**Art. 73** - É facultado ao aluno requerer ao Chefe do Departamento a revisão da avaliação, mediante justificativa circunstanciada, dentro de 02 (dois) dias úteis, após a divulgação do resultado.

§ 1° - Processado o pedido, o Chefe do Departamento o encaminhará ao(s) professor(es) da disciplina para proceder a revisão na presença do requerente em 02 (dois) dias úteis, dando em seguida ciência ao requerente.

|  |
| --- |
| NOME COMPLETO: MATRÍCULA: |
| CURSO DE GRADUAÇÃO: |
| TELEFONE: ( ) E-MAIL: |
| NOME DO PROFESSOR: |
| DISCIPLINA: CÓDIGO: TURMA: |
| DATA DA PROVA: \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ DIVULGAÇÃO NOTA: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ |

Venho requerer revisão de prova (justificativa no verso). Nestes termos, peço deferimento.

Data: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ Assinatura do Aluno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **MANIFESTAÇÃO CHEFIA DO DEPARTAMENTO - CAD** |
|  |
| Assinatura do chefe do Departamento CAD |

|  |  |
| --- | --- |
| **PREENCHIDO PELO PROFESSOR** | |
| **A NOTA DEVERÁ** | Permanecer a mesma Ser alterada para \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | |
| Assinatura do Professor | |

|  |
| --- |
| **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  Campus Reitor João David Ferreira Lima – Bairro Trindade CEP: 88.010-970 - Bloco G do CSE – 1º andar  Fone/Fax: 3721-6618 - 3721-6698 |

|  |
| --- |
|  |



|  |
| --- |
| **PEDIDO E JUSTIFICATIVA** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Após receber o parecer do professor o aluno poderá solicitar, se necessário, a revisão da avaliação por uma comissão constituída por 3 professores, de acordo com a Resolução 017/CUn/97, Art. 73, §2º, transcrita abaixo:  § 2° - Dentro do prazo de **02 (dois) dias úteis**, contados da data da ciência, o interessado poderá recorrer ao Departamento, cujo Chefe designará comissão constituída por **3 (três) professores**, excluída a participação do(s) professor(es) da disciplina.  § 3° - A Comissão terá o prazo de **05 (cinco) dias úteis** para emitir parecer conclusivo.  Solicito a revisão da avaliação por comissão de professores  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Aluno |