|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA/UDESC CENTRO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA/CEAD DIREÇÃO DE ENSINO DE GRADUAÇÃO/DEG SECRETARIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO/SEG** | | |
| **REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE REVISÃO DE NOTA** | | | |
| Tipo de Avaliação: **AVALIAÇÃO GERAL** | | | |
| Ilmo/a. Sr/Srª. Chefe de Departamento do Curso de **SELECIONE O CURSO** CEAD/UDESC  Eu, **DIGITE SEU NOME**, CPF nº **DIGITE SEU CPF** polo: /turma: **DIGITE SEU POLO/TURMA**, solicito revisão de nota de **AVALIAÇÃO GERAL**, na(s) disciplina(s) de **DIGITE A DISCIPLINA**, ministrada pelo professor **DIGITE O PROFESSOR**, pelo(s) seguintes(s) motivos(s): | | | |
| **ESCREVA AQUI A JUSTIFICATIVA DETALHADA DO SEU PEDIDO DE REVISÃO DE NOTA E ENUMERE AS QUESTÕES A SEREM REVISADAS** | | | |
| DATA DA AVALIAÇÃO**: DD/MM/AAAA**  DATA DA DIVULGAÇÃO DA NOTA (SISTEMA DE VISUALIZAÇÃO DE PROVAS): **DD/MM/AAAA** | | | |
| **CONTATO** | | | |
| Telefone(s) para contato: **DIGITE O TELEFONE** | | E-mail: **DIGITE O E-MAIL** | |
| **IMPRIMA E ASSINE ABAIXO: (OBRIGATÓRIO)** | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (Local e data)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do requerente | | | |
| **INSTRUÇÕES: Preencha corretamente este requerimento, imprima, digitalize-o e encaminhe o arquivo por e-mail para o endereço** [**seg.cead@udesc.br**](mailto:seg.cead@udesc.br)**.** | | | |
| **Universidade do Estado de Santa Catarina**  **Centro de Educação a Distância - CEAD**  **Av. Madre Benvenuta, 2007 - Itacorubi - 88.035-001**  **Florianópolis SC - Fone: (48) 3664-8400 - www.udesc.br** | | | **logo_governo_oficio** |