
FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE REVISÃO DE PROVA

Eu, _____, nº de matrícula

_____, aluno(a) da Disciplina

_____, do _____ período, ministrada pelo

Professor(a) _____, venho, respeitosamente,

requerer **REVISAO DA PROVA** aplicada em ____/____/____, pelas razões que

seguem.

Nestes termos, peço deferimento.

Assinatura do(a) requerente

DADOS DE CONTATO

Tel.: _____

E-mail: _____

Recebemos do(a) aluno(a) _____, em
____/____/____, solicitação de REVISÃO DE PROVA aplicada em
____/____/____, na Disciplina _____,
ministrada pelo Professor(a) _____.

Ricardo Dias Luz
Secretário do Departamento de
Odontopediatria e Ortodontia