UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA Campus Joinville Rua Dr. João Colin 2700 – Santo Antônio – CEP 89218-035	**PROTOCOLO**

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	
CÓDIGO	**DISCIPLINA**
E M B	
DATA DA PROVA / /	**DIVULGAÇÃO DA NOTA** / /

Venho respeitosamente requerer revisão de prova (justificativa do pedido no verso da folha).

Nestes termos, peço deferimento.

Data _____/_____/_____. Assinatura do Aluno _____

PARA SER PREENCHIDO PELO PROFESSOR	
Revisão de prova	**Data** ___/___/_____ **Horário:**_____ **Local:** _____
PARECER APÓS A REVISÃO DE PROVA	(Data ___/___/_____)
A nota deverá	☐ **Permanecer a mesma** ☐ **Ser alterada para** _____ (_____) **Nota por extenso**
Comentários do Professor	
_____ _____ _____ _____	
_____ Assinatura do Professor	_____ Assinatura do Aluno

- - - -

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Campus Joinville

Rua Dr. João Colin 2700 – Santo Antônio – CEP 89218-035

PROTOCOLO

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 _____

Data ___/___/_____ Assinatura do Aluno