



REQUERIMENTO DE ALTERAÇÃO/CORREÇÃO DE CONCEITO

Dados do aluno:

Nome: _____

Curso: _____ Unidade/Campus: _____
Matrícula: _____ Email: _____
CPF: _____ Fone: () _____ - _____

Dados para a Alteração de Conceito

Nome da disciplina: _____
Código da disciplina: _____ Ano que a disciplina foi ofertada _____ Período
Conceito lançado no histórico:

1	3
2	4

 S INSUFICIENTE REGULAR
 BOM EXCELENTE

Justificativa do pedido (campo obrigatório):

Cidade/Data

Assinatura do aluno

Da Secretaria do curso:

Recebimento da secretaria de curso constatando o correto preenchimento do requerimento pelo aluno e verificação da documentação em anexo.

Anexos:

Avaliações (provas, trabalhos, fichas avaliativas de seminários, etc.)

Cidade/Data

Assinatura da Secretaria

Do Professor da disciplina:

Nome: _____

Siape: _____ Parecer: Deferido Indeferido
Novo conceito: _____ Número de faltas: _____ Aprovado Reprovado

Despacho (campo obrigatório):

Cidade/Data

Assinatura do Professor