

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

Pró-Reitoria de Ensino de Graduação Departamento de Administração Escolar

**PROTOCOLO**

REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE AVALIAÇÃO

**Orientações:**

De acordo com o Art. 74, da **Resolução 17/CUn/97**, o aluno terá direito de realizar avaliações que foram perdidas por motivos extremos, mediante JUSTIFICATIVA.

**Art. 74** - O aluno, que por motivo de força maior e plenamente justificado, deixar de realizar avaliações previstas no plano de ensino, deverá formalizar pedido de avaliação à Chefia do Departamento de Ensino ao qual a disciplina pertence, dentro do prazo de **3** (três) **dias úteis**, recebendo provisoriamente a menção I.

**§ 1º** - Cessado o motivo que impediu a realização da avaliação, o aluno, se autorizado pelo Departamento de Ensino, deverá fazê- la. Quando, então, tratando-se de nota final, será encaminhada ao Departamento de Administração Escolar-DAE, pelo Departamento de Ensino

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME COMPLETO** | | **MATRÍCULA** |
|  | |  |
| **CURSO DE GRADUAÇÃO** | | |
|  | | |
| **TELEFONE** | **E-MAIL** | |
|  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME DO PROFESSOR** | | | |
|  | | | |
| **CÓDIGO** | **DISCIPLINA** | **DATA DA AVALIAÇÃO** | **/ /** |
|  |  |  | |

# Venho respeitosamente requerer:

|  |
| --- |
| PEDIDO E JUSTIFICATIVA Anexou Comprovantes?  Sim  Não |
|  |
| PARECER DO PROFESSOR  Deferido  Indeferido |
| Data / / Assinatura do Professor |

Nestes termos, peço deferimento.

Data / / . Assinatura do Aluno

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE AVALIAÇÃO

(Caro aluno favor preencher estes campos com seus dados)

# Recebemos do aluno ,

no dia / /

matriculado na UFSC com número

no curso de

, este requerimento.

**Secretaria Acadêmica/CEM/UFSC**