

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE BIOLOGIA CELULAR, EMBRIOLOGIA E GENÉTICA

REQUERIMENTO

- **REQUERIMENTO PARA EFETUAR NOVA AVALIAÇÃO**
- **REVISÃO DE AVALIAÇÃO PARCIAL**
- **REVISÃO DA AVALIAÇÃO FINAL**

Nome: _____

Curso e habilitação _____ Matrícula: | | | | | | | | | |

E N D E R E C O	Rua, Avenida, número, sala, apartamento		
	Bairro:	Cidade:	UF:
	CEP:	Telefone:	

Requer: Ao Chefe do Departamento de Departamento de Biologia Celular, Embriologia e Genética, com base na Resolução 17/CUn/97

Autorização para efetuar nova avaliação da disciplina: BEG
Turma: _____
A avaliação foi realizada em: _____

Revisão da avaliação parcial da disciplina: BEG
Turma: _____
A avaliação foi realizada em: _____

Revisão da avaliação final da disciplina: BEG
Turma: _____
A avaliação foi realizada em: _____

Justificativa:

Data: ___ / ___ /20__

Assinatura

Manifestação do(a) Chefe do Departamento:

