

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

REQUERIMENTO REVISÃO DE PROVA

Escola Superior _____ Ano letivo ____/____/____

Nome _____

Portador do B.I./C.C. nº _____ com o NIF _____, número de telemóvel _____ correio eletrónico _____

Número de estudante _____ Ano curricular _____
Curso _____

Vem solicitar a V. Ex.^a a revisão de prova de exame/frequência (riscar o que não interessa) da unidade curricular _____ (anual/____º semestre), do ____ ano, lecionada pelo (s) docente (s) _____, e realizada no dia ____/____/____, de acordo com a seguinte fundamentação:

_____, ____ de ____ de 20 ____

Pede deferimento

(Assinatura Legível)

A preencher pelos serviços

1. Tem a situação das propinas regularizada? Sim Não
2. Trabalhador-estudante? Sim Não
3. Bolseiro? Sim Não
4. Pagou emolumentos no valor de _____ €
5. _____

Data ____/____/____

(Assinatura do Funcionário)

Despacho

____/____/____ _____
(O(A) Diretor(a))