

REQUERIMENTO REVISÃO DE PROVA

Exmo(a) Senhor(a) Diretor(a) da ESDRM

Ano lectivo ____/____

Nome _____ Portador do B.I./C.C.
n.º _____ 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 <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| 2. Trabalhador-estudante? | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| 3. Bolseiro? | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| 4. Pagou emolumentos no valor de _____€ | |

Data ____/____/____.

(Assinatura do Funcionário)

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