UNICAMP

Instituto de Química
Coordenadoria de Graduação

**REQUERIMENTO PARA REVISÃO**
**DE PROVA E/OU EXAME**

Nome do Aluno (a):_____ RA:_____
Curso:_____Disciplina:_____Turma:____ Semestre:_____
Docente:_____
Data da Prova e/ou Exame: __/__/____ Divulgação da Nota: __/__/____
Qual avaliação está sendo solicitada a revisão?_____
O docente revisou a prova e/ou exame com os alunos? Sim ( ) Não ( )
O docente divulgou o gabarito? Sim ( ) Não ( )
Você procurou o docente para revisar sua avaliação? Sim ( ) Não ( ), se SIM, você foi recebido pelo docente? Sim ( ) Não ( )

Justificativa técnica detalhada, por questão, para solicitação:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Data: __/__/____ Assinatura: _____