



REQUERIMENTO
2ª OPORTUNIDADE DE ATIVIDADES AVALIATIVAS
CURSOS FIC

NOME DO ALUNO: _____

NOME DO CURSO: _____

CARACTERÍSTICA DO CURSO: () FORMAÇÃO INICIAL () FORMAÇÃO CONTINUADA

MODALIDADE: () PRESENCIAL () DISTÂNCIA

Justificativa:

Documentos anexos:

Disciplina(s)	Professor(a)	Data

_____, ____ de ____ de ____
Cidade Dia Mês Ano

Assinatura do Aluno / Responsável

PARECER

() DEFERIDO

() DEFERIDO PARCIALMENTE

() INDEFERIDO

Justificativa:

_____, ____ de ____ de ____
Cidade Dia Mês Ano

Assinatura do Proponente / Coordenador do Curso