



Centro
Paula Souza



GOVERNO DO ESTADO
SÃO PAULO

Faculdade de Tecnologia da Zona Leste

REVISÃO DE NOTA/FREQÜÊNCIA

NOME: _____ RA _____

CURSO: _____ TURNO: _____

R.G. : _____ TELEFONE: _____

E-mail _____

Solicito revisão de Freqüência e/ou NOTA na disciplina

_____, cursada no _____ Semestre de
20____, com _____ o

Professor: _____ NOTA/Freqüência _____.

Justificativa

Data ____ / ____ /20____

Assinatura do Aluno

MANIFESTAÇÃO DO PROFESSOR DA DISCIPLINA

Data ____ / ____ /20____

Assinatura do Professor

DESPACHO FINAL (PARA USO DA SECRETARIA)

() NOTA alterada para: _____ Data ____ / ____ / ____

() NOTA mantida

Secretaria

Revisão de NOTA/FREQUENCIA

PROTOCOLO DO ALUNO: _____

REVISÃO DE NOTA DA DISCIPLINA e Professor : _____

Data da solicitação ____ / ____ /20____

**ATENÇÃO: Só serão aceitas revisões dentro do prazo estipulado no Calendário Escolar.
Revisões de semestres anteriores não serão aceitas.**