



Universidade de São Paulo
Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto

PEDIDO DE REVISÃO DE NOTA

Ribeirão Preto, ____ de _____ de ____.

Senhor(a) Professor(a): _____

Nome da Disciplina (com código): _____

Eu, _____, aluno(a) regularmente matriculado(a) no ____ semestre do curso de Farmácia desta Faculdade, sob o nº USP _____, venho requerer revisão de nota, referente à avaliação realizada em ____/____/____, de acordo com o estabelecido pela PORTARIA DA CHEFIA DCBm Nº 09/2023 DE 20 DE JULHO DE 2023, pelo(s) motivo(s) abaixo relacionado(s). Estou ciente de que o tempo de revisão da nota é de, no máximo, 30 minutos.

JUSTIFICATIVA objetiva com indicação específica dos aspectos para os quais solicita revisão:

*Nestes termos,
peço deferimento*

Ass.: _____

Tel.: _____

E-mail: _____

Para uso do Docente

() Mantenho a nota

() Altero a nota para: _____ (por extenso).

Justificativa: _____

() O aluno não compareceu

Observação (se necessário): _____

Assinatura do(a) Professor(a): _____

Nome do(a) Professor (a): _____

Ciência do Acadêmico

Ciente em ____/____/____ Assinatura: _____