REQUERIMENTO PARA REPOSIÇÃO DE ATIVIDADES

DADOS DO(A) DISCENTE

NOME		CPF	
CURSO		TURMA/TURNO	
DATA DE NASCIMENTO	NATURALIDADE	RG / ÓRGÃO EXPEDITOR	
MATRÍCULA	TELEFONE	E-MAIL	
ENDEREÇO COMPLETO			
BAIRRO	CIDADE	ESTADO	

Com base no Art. 8 das DIRETRIZES PARA EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES NÃO PRESENCIAIS (AENPs) NO ÂMBITO DO CAMPUS ITAPORANGA, o(a) discente acima identificado(a) vem requerer:

Análise de justificativa por não haver entregado *atividade(s) formativa(s) semanal(is)* descrita(s) e/ou *Avaliação Global* na tabela abaixo. Apreciada a justificativa, requere a anuência para realizar a reposição da(s) referida(s) atividade(s).

Disciplina	**Tópico**	**Data de entrega**

JUSTIFICATIVA

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Nestes termos pede deferimento.

_____, ___/___/_____.
(Cidade/UF, data)

_____
Assinatura do(a) discente

_____
Assinatura do(a) responsável legal
(quando discente for menor de idade)