



IF SUDESTE MG - CAMPUS RIO POMBA
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO EDUCACIONAL
COORDENAÇÃO GERAL DE ASSUNTOS E REGISTROS ACADÊMICOS

REQUERIMENTO DE VISTA DE PROVA

- ☐ **CURSO TÉCNICO SUBSEQUENTE/CONCOMITANTE**
☐ **CURSO TÉCNICO INTEGRADO**
☐ **CURSO DE GRADUAÇÃO**

Ao Prof. _____, da Disciplina: _____, do Departamento: _____. Eu, _____, venho por meio deste, solicitar revisão da correção da prova aplicada no dia ____/____/____, e com nota divulgada, no SIGAA, em ____/____/____.

OBS: Os discentes terão direito à vista de prova, após a divulgação do resultado da mesma, no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis, junto à secretaria dos Cursos Técnicos ou de Graduação, desde que devidamente fundamentado. (art. 24, § 2º, RAT e art. 34, § 2º, RAG).

JUSTIFICATIVA: _____

Rio Pomba, ____/____/____.

ASSINATURA DO ESTUDANTE

Obs: Nas solicitações realizadas por e-mail, é necessário que o formulário esteja assinado com assinatura eletrônica do Gov.BR e salvo em formato PDF/A. Você pode fazer Assinatura Eletrônica do GOV.BR em <https://www.gov.br/governodigital/pt-br/assinatura-eletronica>.

RESERVADO AO PROFESSOR DA DISCIPLINA

DEFERIDO: _____ . INDEFERIDO: _____ .

Rio Pomba, ____/____/____.

Assinatura do Professor

COMPROVANTE DO(A) ALUNO(A)

O(A) aluno(a) _____, do curso de _____, apresentou Atestado Médico de ____ dias, a partir de ____/____/____. Protocolo n° _____, livro _____, fls. _____.

Rio Pomba, ____ de _____ de _____.

Servidor Responsável CGARA