

ENTRADA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## SOLICITAÇÃO DE REVISÃO DE PROVA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO(A) FUNCIONÁRIO(A)

Eu, ....., aluno(a) regularmente matriculado(a) na ..... fase/período do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior, venho requerer revisão de prova da disciplina....., data da prova ...../...../....., data da entrega do resultado ...../...../....., professor(a)..... .

Telefone do(a) aluno(a): (.....)..... E-mail: .....

Data: ...../...../.....

Assinatura do(a) aluno(a)

---

### Parecer do(a) professor(a)

Revisão da disciplina ..... realizada às ..... horas do dia ...../...../.....

( ) Nota mantida      ( ) Nota modificada      Nota inicial:..... foi modificada para.....

.....  
Assinatura do(a) aluno(a)

.....  
Assinatura do(a) professor(a)