



Modelo 1.10

[Pedido de Revisão de Exame]

Exmo (a) Senhor (a):

Director (a) da Faculdade/Escola/Instituto de _____

DESPACHO	
Não autorizo	Autorizo
Data ____/____/____ Assinatura _____	Data ____/____/____ Assinatura _____

Nome completo _____, de
nacionalidade _____, de _____ anos de idade,
portador de BI nº _____, emitido em _____,
aos ____/____/____, estudante da Universidade Licungo (Sede/Extensão) _____,
Faculdade/Escola/Instituto, _____ inscrito sob
número _____, no Curso de _____ regime Laboral
(); Pós-laboral (), EAD(); _____ ano, vem mui respeitosamente requerer a
V.Excia se digne autorizar a Revisão do exame da cadeira de,

por motivo de _____

pelo que,

Pede deferimento

(Assinatura legível) _____

(Local, Data) _____, ____/____/____

