

SOLICITAÇÃO DE REPOSIÇÃO DE AULAS

Docente: _____

Disciplina: _____

Curso: _____ Turma: _____

Data da reposição: ____/____/____ Data da aula: ____/____/____

Motivo: _____

Turma ciente em: ____/____/____

Data da solicitação: ____/____/____

Solicitante

() Deferido

() Indeferido

Assinatura da Diretoria de Ensino, Coordenação de Ensino ou SAP

Obs:

1. A antecipação será válida somente com a devolução deste documento devidamente assinado e autorizado pela Diretoria de Ensino, Corrdenação de Ensino ou Setor de Apoio Pedagógico.
2. A solicitação deve ser apresentada aos Setores acima mencionados com o mínimo de 02 (dois) dias letivos de antecedência.