**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**

CAMPUS IV - LITORAL NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS APLICADAS E EDUCAÇÃO

Coordenação do Curso de Licenciatura em Matemática

Ilmº (ª) Sr.(ª)

Coordenador (a) do Curso de Licenciatura em Matemática

 Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) regularmente matriculado(a) no Curso de Licenciatura em Matemática, semestre letivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vem requerer de V.Sª, direito à reposição de avaliação de estudos da disciplinas

|  |  |
| --- | --- |
| **Disciplina** | **Data da avaliação** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Justificativa** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

 Nestes Termos,

 Pede deferimento.

 Rio Tinto, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

 .................................................................................

 Assinatura do Aluno(a)

 DEFERIDO INDEFERIDO

................................................... .....................................................

 Coordenador(a) Professor(a)