



FORMULÁRIO DE ALTERAÇÃO DE NOTAS

- () CURSO TÉCNICO SUBSEQUENTE/CONCOMITANTE
- () CURSO TÉCNICO INTEGRADO
- () CURSO DE GRADUAÇÃO
- () CURSO DE EAD

CURSO:	TURMA:	SEM/ANO LETIVO:
PROFESSOR(A):		
DISCIPLINA:		PERÍODO/BIMESTRE

ALUNO		AVALIAÇÃO		
MATRÍCULA	NOME	NOTA ANTERIOR	NOTA ATUALIZADA	VISTO DO PROFESSOR

À Secretaria para a alteração da(s) nota(s) dos aluno(s) acima discriminado(s), em decorrência de:

- () Revisão efetuada pelo professor(a)
- () Rasura
- () inclusão de notas
- () Licença _____

OBS.: Nenhum dos campos devem ser deixados em branco.

O preenchimento deste formulário é de inteira responsabilidade do professor.

Por ser um formulário de alteração de notas, o mesmo não pode conter rasuras.

Rio Pomba, ____/____/____

Assinatura do Professor

Carimbo e assinatura do Coordenador Geral

.....
RESERVADO À CGARA / SECRETARIA

- ✓ **NOTA ALTERADA NO SISTEMA ACADÊMICO.** ____/____/____
- ✓ **ARQUIVADO.** ____/____/____

CGARA / SECRETARIA