



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO

PEDIDO DE REVISÃO DE PROVA

Nome do Aluno _____ Nº USP _____

Fone: _____ E-mail: _____

Curso: Odontologia

Solicitação de revisão da prova (data ou nº da prova) _____ da

Disciplina: Código _____ Nome _____,

sob responsabilidade do Prof(a). Dr(a). _____

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

Assinatura do aluno

Para ser preenchido pelo docente:

Data _____ horário _____ e local _____

para revisão da prova.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

Assinatura do docente

Revisão efetuada. A nota da prova

- () permanecerá a mesma.

- () deverá ser alterada para _____ (_____).

nota por extenso

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

Assinatura do docente

Assinatura do docente indicado

Assinatura do aluno

Este formulário deverá ser arquivado no Departamento, anexo à prova revisada.

Aprovado na 364ª Sessão da Congregação, realizada em 22 de setembro de 2014.