



Universidade Federal do Espírito Santo
Centro de Ciências da Saúde
Colegiado do Curso de Graduação em Fonoaudiologia

FORMULÁRIO - SOLICITAÇÃO DE PROVA SUBSTITUTIVA

Vitória, ____ de _____ de ____.

Eu, _____,
aluno (a) regularmente matriculado (a) no _____ semestre, ano _____, do Curso de
Graduação em Fonoaudiologia, matrícula _____, venho por meio deste, solicitar
a realização da prova substitutiva, referente à avaliação aplicada no dia __/__/____, da
disciplina de _____, pelo(s) motivos relacionados
abaixo sob documentação anexa.

() Declaro ter conhecimento do Memorando Circular 050-2011 do Colegiado do Curso de Fonoaudiologia que trata sobre Provas Substitutivas.

Natureza da documentação anexa:

() Atestado médico () Atestado de óbito () Declaração

() Outros: _____

Nestes termos, peço deferimento.

Assinatura do aluno (a)