**REQUERIMENTO DE REPOSIÇÃO DE AVALIAÇÃO**

Senhor(a) Professor(a) do Módulo  do Curso de Pós-Graduação em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde,

Eu, , aluno(a) regularmente matriculado(a) no Curso de Pós-Graduação em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde da UFRN, matrícula nº , venho requerer a V.S.ª, que possa realizar a **REPOSIÇÃO** da avaliação final do módulo , turma , orientador (a) , agendada para o dia 

**Justificativa: **

Nestes Termos, pede-se deferimento.

Enviar para secretaria do programa com cópia para o orientador e o professor do módulo para que seja dado ciência.

 



Assinatura do(a) aluno(a)