ESSALCOITÃO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

REQUERIMENTO
DISPENSA DE AVALIAÇÃO PERIÓDICA

Eu, _____, Aluno n.º _____,
a frequentar o º ano do Curso de ☐Licenciatura ☐Mestrado ☐Pós-graduação
em _____,
venho, ao abrigo do disposto nas normas regulamentares em vigor, abdicar da nota de avaliação periódica e submeter-me a exame final, às seguintes unidades curriculares:

Ano	Nome da Unidade Curricular

Alcoitão, __/__/____

O Estudante,

_____
(assinatura)