

Exmo(a). Senhor(a) Presidente do Conselho Pedagógico da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Nome		, estudante n.º						do
Curso de	, com	o Doc.	. De identificaç	ão n.º				
Telemóvel, email _				vem	junto	de	V.	Ex <sup>a</sup> .
requerer, nos termos do artigo 1	9.º do <i>Regulamento d</i>	le Avai	liação do Aprov	veitame	ento dos	estu	ıdant	es da
ESTeSL, a revisão da	prova/instrumento	de	avaliação	da	unidade	9	curri	cular:
	, da tipologia		, realizada	a no di	ia/		/	
A consulta de prova foi realizada	no dia//	·						
Docente da unidade curricular:							_	
Fundamentação do pedido de rev	isão (n.º 5 do art.º 19.	°):						
			,					

Questões a rever (n.º	6 do art.º 19.º):	
Lisboa, de	de	
	Pede deferimento	
	Assinatura	

## **Emolumentos**

21,00 € / 10,50 € bolseiro