

|  |
| --- |
| Protocolo SPdoc Nº \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Funcionário:**(nome por extenso e rubrica)** |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **ESCOLA TÉCNICA ESTADUAL DE HORTOLÂNDIA**

|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO DE RECLASSIFICAÇÃO POR SOLICITAÇÃO DO ALUNO** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome | Celular |
| Curso | Período |  Módulo/ Série |
| Retido no(a)\_\_\_\_\_\_(módulo/série) do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome completo do curso) solicita reclassificação nos termos do inciso II do Artigo 62 do Regimento Comum das Etecs do Ceeteps.Data:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/2024 |
|  |  | **Ass. Aluno** |  | **Ass. responsável, se menor** |

|  |  |
| --- | --- |
| **PREENCHIMENTO PELO ALUNO** componentes curriculares nos quais está retido: | **PREENCHIMENTO DA ETEC** |
| **Secretaria Acadêmica** |
|  | Menções obtidas após as avaliações |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Os componentes curriculares relacionados pelo aluno conferem com os registrados na Ata do Conselho de Classe. |
|  **MARIA APARECIDA DOS SANTOS HILARIO** **Responsável pela Área Acadêmica** |
|  |

|  |
| --- |
| **ALUNO OU RESPONSÁVEL, SE MENOR** |
| **Ciente. Declaro que recebi o(s) Programa(s) de Estudos de Reclassificação e a(s) data(s) da(s) Avaliação(ões).** |
| **Data:\_\_\_\_/\_\_\_\_/2024 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |
|  **(ass. do Aluno ou Responsável, se menor menor)** |

|  |
| --- |
| **CONSELHO DE CLASSE** |
| **O aluno foi avaliado e em face aos resultados obtidos propomos que a sua solicitação seja:** |
| ( ) **Deferida** e o aluno reclassificado para a\_\_\_\_\_ série do Ensino Médio ou para o\_\_\_\_módulo do Curso Técnico em Administração  |
| ( ) **Indeferida** Data:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2024 |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Maria A. dos S. Hilario / Resp. Área Acadêmica** |
|  |  |  |  | **ass. Coord. de Curso** |
|  |  |  |  | **Coord. Pedagógica** |
|  |  |  |  | **José I. L. Marques/Diretor** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Direção** | **Aluno ou Responsável, se menor** |
| ( |  | ) | Deferido, de acordo com o parecer da Comissão. | **Ciente. Declaro que tomei ciência do despacho do Diretor.**Data:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2024 |
| ( |  | ) | Indeferido. Motivo: |
| Data:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_2024 |  |
| **JOSE IZIDRO LUIZ MARQUES/Diretor** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(ass. do Aluno ou Responsável, se menor)** |