

REQUERIMENTO DE APROVEITAMENTO DE ESTUDO

Aluno(a): _____

Matrícula: _____ Tel.: () _____ E-mail: _____

Ingresso: (Ano/Turma) _____

Orientador(a): _____

Mestrado: () MPCS () MACS () Profsaúde

REQUER DISPENSA DA DISCIPLINA

Disciplina: _____

Por ter cursado as seguintes disciplinas:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Instituição: _____

_____/_____/_____

Assinatura do requerente

DOCUMENTAÇÃO ANEXA

- () COMPROVANTE DE APROVAÇÃO NA DISCIPLINA
() PROGRAMA E CARGA HORÁRIA DA DISCIPLINA
() COMPROVANTE DE AUTORIZAÇÃO OU RECONHECIMENTO DO CURSO

➡ **SÓ SERÃO ESTUDADOS OS REQUERIMENTOS COM DOCUMENTAÇÃO COMPLETA**

Reservado ao colegiado:

() Deferido () Indeferido

RECIBO

O(a) aluno _____ Matrícula _____

protocolou requerimento de dispensa da disciplina _____

em ____ / ____ /20____.