

|  |  |
| --- | --- |
| **À Coordenação do Curso de:** | **REQUERIMENTO Nº:** |

|  |
| --- |
| Nome: |
| Matrícula: | E-mail: |
| Telefone fixo: | Celular: |

|  |
| --- |
| **O aluno abaixo assinado requer:** |
| [ ] Aproveitamento de estudos | [ ] Recurso ao Conselho de Graduação |
| [ ] Atividades complementares - validação de horas | [ ] Revisão de prova |
| [ ] Dispensa de disciplina | [ ] Trancamento de matrícula parcial |
| [ ] Dispensa de disciplina - Revisão do processo | [ ] Trancamento de matrícula total |
| [ ] Ementa(s) de disciplina (s) | [ ] Reingresso |  |
| [ ] Plano(s) de ensino | [ ] Reopção de curso |
| [ ] Matrícula em disciplina eletiva | [ ] Outros |  |
| [ ] Quebra de pré-requisito para provável formando |  |  |
| Descrição: |
| Documentos anexados: |
| Data  | /  | /  |
|  |  | Assinatura do Aluno | Assinatura do Funcionário |
| Encaminhamento: |
| Parecer da Coordenação:Data: / / Assinatura do Coordenador |

Form.Dirgrad\_01\_Requerimento de aluno\_Coord\_v1

|  |
| --- |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |