



REQUERIMENTO PARA CURSAR DISCIPLINAS COMO ACADÊMICO ESPECIAL

Dados do requerente

Nome: _____

Endereço:

Rua/Av.: _____ Nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Complemento: _____ CEP: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

O candidato é: Portador de diploma Aluno de outra instituição

Requer matrícula como aluno acadêmico especial no curso:

Nome do curso: _____

Habilitação: _____ Unidade _____

Turno: _____

Nomes das disciplinas:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Parecer do coordenador

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Deferido | <input type="checkbox"/> Indeferido |
| <input type="checkbox"/> Deferido | <input type="checkbox"/> Indeferido |
| <input type="checkbox"/> Deferido | <input type="checkbox"/> Indeferido |
| <input type="checkbox"/> Deferido | <input type="checkbox"/> Indeferido |
| <input type="checkbox"/> Deferido | <input type="checkbox"/> Indeferido |
| <input type="checkbox"/> Deferido | <input type="checkbox"/> Indeferido |

Justificativas para os indeferimentos:

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do requerente (por escrito ou digital)

Assinatura do coordenador (por escrito ou digital)

Diretoria de Registro Acadêmico

Lançado em: ____ / ____ / ____

Assinatura do servidor responsável (por escrito ou digital)