



SOLICITAÇÃO DE CERTIFICADO DE ALUNO ESPECIAL

Discente: _____

RG: _____

CPF: _____

Programa: Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Letras - Mestrado Acadêmico

Unidade: Campo Grande

Solicito a emissão do certificado de Aluno Especial na(s) disciplina(s):

Disciplina: _____

Carga Horária: _____

Crédito(s): _____

Cursada no 1° 2° **semestre do ano de** _____

Disciplina: _____

Carga Horária: _____

Crédito(s): _____

Cursada no 1° 2° **semestre do ano de** _____

Data da solicitação: _____

Assinatura do(a) Aluno(a)

Coordenação do Programa

Data: ____/____/____

Assinatura do Coordenador
Sob carimbo

Secretaria do Programa

Recebido em:

____/____/____

Assinatura
Sob carimbo

Emitido em:

____/____/____

Assinatura
Sob carimbo

Retirado em:

____/____/____

Assinatura