



DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

ANO

SEMESTRE

REQUERIMENTO DE APROVEITAMENTO DE ESTUDOS**O(A) ALUNO(A) ABAIXO DISCRIMINADO(A)**

NOME:		Nº DE REGISTRO	
CURSO:	E-MAIL:		
ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, ETC.):			Nº: APT.
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP: TELEFONE:

REQUER DISPENSA DA ATIVIDADE:

NOME	CÓDIGO
------	--------

POR TER CURSADO A(S) SEGUINTE(S) ATIVIDADE(S):

NOME	ANO/SEMESTRE
_____	____/____
_____	____/____

ESTABELECIMENTO: _____

_____/____/____ DATA _____ ASSINATURA DO ALUNO

RESERVADO AO COLEGIADO DO CURSO

DESPACHO DO COORDENADOR (UTILIZAR O VERSO PARA PARECER, SE NECESSÁRIO):

DECISÃO DO COLEGIADO:

 DEFERIDO INDEFERIDO**ORIGEM DA DISPENSA**

ANO/SEM	CÓDIGO	NOME	C.H.	CR.	PONTOS	CONC.

_____/____/____ DATA _____ COORDENADOR(A)

COMUNICADO AO ALUNO:

- PELO OFÍCIO Nº _____ - VERBALMENTE EM: ____/____/____ ASS.: _____

RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO REGISTRADA PARA HOMOLOGAÇÃO EM ____/____/____ REGISTRADA NO SISTEMA EM ____/____/____

CHEFE DA SEÇÃO DE ENSINO

RECIBO

O(A) ALUNO(A) _____ Nº _____ PROTOCOLOU REQUERIMENTO DE DISPENSA DA ATIVIDADE _____ EM ____/____/____

NOME LEGÍVEL DO (A) FUNCIONÁRIO(A) DO CEGRAD

ASSINATURA

PARECER: