

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/FACISA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MULTICÊNTRICO EM CIÊNCIAS FISIOLÓGICAS

**REQUERIMENTO PARA PEDIDO DE REAPROVEITAMENTO DE DISCIPLINAS**

**Identificação:**

Nome do aluno:

Matrícula:

Curso: ( ) Mestrado ( ) Doutorado

Orientador:

**Requerimento:**

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação Multicêntrico em Ciências Fisiológicas. Solicito a V. S autorizar o cômputo dos créditos referentes à (s) disciplina (s) abaixo, no Histórico Escolar do aluno.

1. Informações da disciplina.

I - período:

II - nome/código do componente:

III - turma:

IV - carga horária:

V - frequência:

VI - nota:

2. Anexar os documentos comprobatórios das referidas disciplinas cursadas (histórico escolar e ementa/programa as disciplina).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local, data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do requerente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do orientador

**Parecer da coordenação:**