

REQUERIMENTO PARA CURSAR DISCIPLINAS OPTATIVAS

RGM _____ Nome: _____
Curso _____ Unidade _____
Período letivo _____ Série _____ Turno _____

Requer matrícula nas disciplinas optativas: (série; semestre)

1 - _____
2 - _____
3 - _____

Data: ____/____/____

_____ Assinatura do(a) acadêmico(a)

Parecer do Coordenador de curso:

1. Deferido () Indeferido ()
2. Deferido () Indeferido ()
3. Deferido () Indeferido ()

_____ Coordenador de Curso (sob carimbo)

Secretaria acadêmica:

Lançado/SAU ____/____/____.

_____ Assinatura servidor responsável (sob carimbo)

Encaminhado à DRA em: ____/____/____

_____ Assinatura servidor responsável (sob carimbo)

Obs.: Este documento não pode conter rasura(s).