



APROVEITAMENTO DE ESTUDOS – ADAPTAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO		
Nome completo:		Matrícula:
CONTATO		
E-mail:	Telefone:	Celular:
SOLICITAÇÃO		
Nº do processo de referência:		
Faculdade / Instituto responsável pelo parecer:		
Nome da disciplina:		Código da disciplina:
<input type="checkbox"/> Exame Especial		
<input type="checkbox"/> Estudos Complementares		
DECLARAÇÃO		
____/____/____		
<p>Declaro a veracidade das informações prestadas neste formulário. Declaro, ainda, estar ciente de que é de minha responsabilidade acompanhar o resultado, bem como os prazos estipulados em legislação específica, através do e-mail encaminhado pelo Posto Avançado – SAA respectivo.</p>		
_____ Assinatura do(a) interessado(a)		
RECIBO		
____/____/____		
Recebi do(a) discente, mat. ____/____, solicitação referente à Adaptação e Estudos.		
_____ Carimbo / Assinatura do(a) servidor(a)		