



CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO – FACULDADE DE MEDICINA/UFMG

ANO

REQUERIMENTO DE APROVEITAMENTO DE ESTUDOS

SEMESTRE

O(A) ALUNO(A) ABAIXO DISCRIMINADO(A)

NOME:

TELEFONE:

CELULAR:

E-MAIL:

Nº DE MATRÍCULA:

MESTRADO DOUTORADO

PÓS-GRADUAÇÃO EM :

REQUER: **APROVEITAMENTO DE CRÉDITOS** (disciplinas isoladas ou do mestrado)
 DISPENSA DE DISCIPLINA
 INTEGRALIZAÇÃO DE CRÉDITOS DE DISCIPLINA ELETIVA

REFERENTES ÀS DISCIPLINAS JÁ CURSADAS, CONFORME ABAIXO (usar o verso, se necessário):

Nome: _____ **Código:** _____ **Ano/Semestre:** _____

**Anexar sempre comprovante de aprovação, contendo a nota final na disciplina cursada;
Anexar a ementa da disciplina cursada, caso a mesma não seja da grade curricular do Programa.**

— / — / —

ASSINATURA DO REQUERENTE

RESERVADO AO COLEGIADO DO CURSO

→ UTILIZAR O VERSO PARA PRONUNCIAMENTO DO COLEGIADO, SE FOR O CASO

DECISÃO DO COLEGIADO

DEFERIDO

INDEFERIDO

_____ / _____ / _____

COORDENADOR(A)

RECIBO

O(A) ALUNO(A) _____

PROTOCOLOU REQUERIMENTO DE APROVEITAMENTO DE ESTUDOS EM: / /

FUNCIONÁRIO

REQUERENTE