



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:

☐ MESTRADO

☐ DOUTORADO

Nº DE MATRÍCULA:

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.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO REQUERENTE

RESERVADO AO COLEGIADO DO CURSO

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

DECISÃO DO COLEGIADO

☐ DEFERIDO

☐ INDEFERIDO

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
COORDENADOR(A)

RECIBO

O(A) ALUNO(A) \_\_\_\_\_

PROTOCOLOU REQUERIMENTO DE APROVEITAMENTO DE ESTUDOS EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FUNCIONÁRIO

\_\_\_\_\_  
REQUERENTE