



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:

PROGRAMA DE 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.
Verificar se seu Programa de Pós-Graduação tem regras específicas para aproveitamento de estudos.

____/____/____ DATA ASSINATURA DO ALUNO ANUÊNCIA DO ORIENTADOR

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