

REQUERIMENTO DE ACERTO DE MATRÍCULA

Aluno:	Matrícula:	Ano:
Email:		Semestre:

Solicito ao Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação a reformulação de minha matrícula conforme descrição abaixo:

INCLUIR AS DISCIPLINAS:

NOME DA DISCIPLINA	CÓDIGO	TURMA	PARECER DO COORDENADOR

EXCLUIR AS DISCIPLINAS

NOME DA DISCIPLINA	CÓDIGO	TURMA	PARECER DO COORDENADOR

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do requerente

AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR DO PPGCR

Autorizo a reformulação das matrículas em disciplinas requeridas conforme pareceres acima.

____ / ____ / 20 ____.

Coordenador do Colegiado do Curso de Pós-Graduação em Ciência da Reabilitação