**REQUERIMENTO DE ACERTO DE MATRÍCULA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Aluno: | Matrícula: | Ano: |
| 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**