



DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

ANO

SEMESTRE

REQUERIMENTO DE APROVEITAMENTO DE ESTUDOS**O(A) ALUNO(A) ABAIXO DISCRIMINADO(A)**

NOME:				Nº DE REGISTRO	
CURSO				FORMA DE INGRESSO NA UFMG	
ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, ETC.)				Nº:	APT.
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:	TELEFONE:	

REQUER DISPENSA DA ATIVIDADE:

NOME	CÓDIGO
------	--------

POR TER CURSADO A(S) SEGUINTE(S) ATIVIDADE(S):

NOME	ANO/SEMESTRE
_____	____/____
_____	____/____
ESTABELECIMENTO: _____	
____/____/____	ASSINATURA DO ALUNO
DATA	

RESERVADO AO COLEGIADO DO CURSO

DESPACHO DO COORDENADOR (UTILIZAR O VERSO PARA PARECER, SE NECESSÁRIO):

____/____/____	COORDENADOR(A)
DATA	
DECISÃO DO COLEGIADO:	☐ DEFERIDO ☐ INDEFERIDO

ORIGEM DA DISPENSA

ANO/SEM	CÓDIGO	NOME	C.H.	CR.	PONTOS	CONC.

____/____/____	COORDENADOR(A)
DATA	

COMUNICADO AO ALUNO:

- PELO OFÍCIO Nº _____ - VERBALMENTE EM: ____/____/____ ASS.: _____

RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO

☐ DISPENSA REGISTRADA NO SISTEMA EM ____/____/____	CHEFE DA SEÇÃO DE ENSINO
☐ ARQUIVADO NA PASTA DO ALUNO EM ____/____/____	

RECIBO

O(A) ALUNO(A) _____ Nº _____	PROTOCOLOU REQUERIMENTO
DE DISPENSA DA ATIVIDADE _____	EM ____/____/____
NOME LEGÍVEL DO (A) FUNCIONÁRIO(A) DO COLEGIADO	ASSINATURA

PARECER: