

**COLEGIADO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

ANO/SEM.:

REQUERIMENTO DE AVALIAÇÃO DE APROVEITAMENTO DE ESTUDOS

Nº DE

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 AVALIAÇÃO NA(S) DISCIPLINA(S):			
DISCIPLINA		CÓDIGO	

OBS: A aprovação ou reprovação do aluno, bem como a nota obtida, constarão do seu histórico escolar, sendo computado para todos os efeitos legais, inclusive apuração de rendimento semestral global (Resolução nº 07/99 de 24/06/1999).

DECLARAÇÃO: Declaro que estou regularmente matriculado na UFMG e que estou solicitando a avaliação para aproveitamento de estudos na(s) disciplina(s) acima relacionada(s) pela primeira vez. Declaro ainda não estar, nem ter sido matriculado na(s) disciplina(s) objeto desta avaliação.

____/____/____ DATA ASSINATURA DO REQUERENTE

RESERVADO AO DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL PELA(S) DISCIPLINA(S)

NOME DO DEPARTAMENTO: _____

NOME DO CHEFE DO DEPARTAMENTO: _____

RESULTADO DA AVALIAÇÃO:					
DISCIPLINA	CÓDIGO	C.H.	CR.	PONTOS	CONCEITO

____/____/____ ASSINATURA DO CHEFE

RESERVADO AO COLEGIADO

DECISÃO DO COLEGIADO ☐ DEFERIDO ☐ INDEFERIDO

____/____/____ DATA COORDENADOR(A)

RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO

☐ DISPENSA REGISTRADA NO SISTEMA EM ____/____/____

☐ ARQUIVADO NA PASTA DO ALUNO EM ____/____/____

CHEFE DA SEÇÃO DE ENSINO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

B: Aprov. Estudos; Avalia. Aprov. Estudos

09/12/02

RECIBO

O(A) ALUNO(A) _____ Nº _____ PROTOCOLOU REQUERIMENTO DE
AVALIAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE CONHECIMENTO NA(S) DISCIPLINA(S): _____

EM ____/____/____ Responsável