



# REQUERIMENTO DE ALUNO

NOME DO REQUERENTE		MATRÍCULA
CURSO [ ] ARQUE [ ] FIF [ ] HTR [ ] RI	PERÍODO	TELEFONE P/ CONTATO
SOLICITAÇÃO		
[ ] DECLARAÇÃO DE CONCLUSÃO DE CURSO ([ ] BACHARELADO [ ] LICENCIATURA PLENA )		
[ ] DECLARAÇÃO DE INSCRIÇÃO EM DISCIPLINA E HORÁRIO DE AULA		
[ ] DECLARAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE PROVA NO DIA ___ / ___ / ___ HORÁRIO _____ NA DISCIPLINA _____ PROFESSOR(A) _____		
[ ] EXERCÍCIO DOMICILIAR, PELO MOTIVO ABAIXO, CONFORME ATESTADO EM ANEXO: [ ] DOENÇA (1044/69) [ ] GRAVIDEZ (6202/75) [ ] ÓRG. DE F. DE RES. MIL. (715/69)		
[ ] SOLICITAÇÃO / REVISÃO / VISTA DE PROVA NA DISCIPLINA _____ PROFESSOR(A) _____		
[ ] 2ª CHAMADA NA DISCIPLINA _____ PROFESSOR(A) _____		
[ ] DECLARAÇÃO DE MATRÍCULA REGULAR [ ] SEM PERÍODO [ ] COM PERÍODO [ ] TURNO ([ ] M [ ] T [ ] N)		
[ ] DECLARAÇÃO DE POSSÍVEL CONCLUINTE ([ ] BACHARELADO [ ] LICENCIATURA )		
[ ] ABONO DE FALTAS (RELACIONAR PROFESSORES(AS) ABAIXO)		
[ ] OUTROS		
JUSTIFICATIVA/OBSERVAÇÕES (USAR O VERSO SE NECESSÁRIO)		
DATA	ASSINATURA DO REQUERENTE	
PARECER CONCLUSIVO		
[ ] DEFERIDO [ ] INDEFERIDO	DATA	ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE