UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE APOIO ACADÊMICO

REQUERIMENTO

Número do Processo ____.____/____-____

Nome do Requerente

N.º de Matrícula do Requerente | CPF ____-____ | RG

Endereço

Bairro | Telefone | E-mail | CEP ____-____

Curso | Data ____/____/____ | Assinatura

OBJETO DO REQUERIMENTO

[ ] Aproveitamento de estudos
[ ] Atividade domiciliar / Licença maternidade
[ ] Desistência definitiva de curso
[ ] Dilatação do prazo máximo para conclusão do curso
[ ] Dispensa de Pré-requisito
[ ] Matrícula Aluno Especial
[ ] Permanência no Curso
[ ] Recurso / Reconsideração de parecer / Revisão de nota
[ ] Retificação de dados pessoais
[ ] Solicitação de validação de carga horária complementar
[ ] Solicitação de avaliação curricular /Confecção de diploma
[ ] Solicitação de antecipação de colação de grau
[ ] Solicitação de programa(s) de disciplina(s)
[ ] Trancamento total de inscrição em disciplinas (Do semestre)
[ ] Trancamento parcial de inscrição em disciplinas (De disciplina)
[ ] 2ª Chamada de avaliação (Informar no esclarecimento o nome da disciplina, docente responsável e data da avaliação)

[ ] Outro (Especificar):_____

ESCLARECIMENTOS

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECONCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE APOIO ACADÊMICO

COMPROVANTE DE PROTOCOLO DE REQUERIMENTO

Número do Processo ____.____/____-____

Nome do Requerente | N.º de Matrícula (para aluno da UFRB)

Objeto do Requerimento | Data ____/____/____

Divulgação do resultado do processo no mural e no sítio do Núcleo Acadêmico. www.ufrb.edu.br\ccs\nuapac\resultadosdosprocessos

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR RESPONSÁVEL DA UFRB PELA INSTRUÇÃO NO PREENCHIMENTO