|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REQUERIMENTO DE DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO EM DISCIPLNA ISOLADA – ALUNO(A) ESPECIAL EM DISCIPLINA ISOLADA** | | | | | | |
| NOME DO(A) CANDIDATO(A): | | | | | | |
| FILIAÇÃO: | | | | | | |  |  |
| CPF: | | | ESTADO CIVIL: | | | |
| DATA DE NASCIMENTO: | | | NATURALIDADE: | | | |
| RG: | | ÓRGÃO EXPEDIDOR: | | | | DATA DE EMISSÃO: |
| ENDEREÇO E SETOR: | | | | | | |
| CEP: | CIDADE: | | | | ESTADO: | |
| TELEFONE RESIDENCIAL: ( ) | | | TELEFONE CELULAR: ( ) | | | |
| E-MAIL: | | | | | | |
| LOCAL DE TRABALHO: | | | CARGO: | | | |
|  | | | | | | |
| **DISCIPLINA CURSADA** | | | | | | |
| DISCIPLINA: | | | | | | |
| PROFESSOR: | | | | | | |
| Nº. DE CRÉDITOS: | | | | CARGA HORÁRIA: | | |
|  | | | | | | |
| LOCAL E DATA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do(a) Candidato(a) | | | | | | |

**Obs.: Retirar a Declaração na *Secretaria de Pós-Graduação Stricto Sensu* no prazo mínimo de 07 dias úteis.**