|  |
| --- |
| **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.**