

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - UFES

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS

FORMULÁRIO GERAL DE SOLICITAÇÃO

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME:** | **MATRÍCULA:** |
| **EMAIL:****(Letra de FORMA)** | **TELEFONE:** | **CURSO:** |
| **CÓDIGO** | **DISCIPLINA/TURMA** | **PEDIDO** |
|  |  | ( ) Abertura de Escopo ( ) Quebra Pré-Requisito ( ) Eletiva para Optativa ( ) Matrícula ( ) Desmatricula ( ) Aumento de Vaga ( ) Quebra de Co – Requisito ( ) Quebra de Carga Horária |
| **JUSTIFICATIVA DO ALUNO** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Assinatura do aluno: Data: / \_/  |
| **PARECER DO COORDENADOR/PROFESSOR** |
| **( ) DEFIRO****( ) INDEFIRO** |  |
|  |
|  |
|  |
| Assinatura do responsável |  |
|  |