



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Campus Alvorada
Rua Professor Darcy Ribeiro, 121, bairro Campos Verdes, Alvorada/RS - CEP 94834-413
Fone: (51) 3483-9105 - E-mail: cra@alvorada.ifrs.edu.br

Anexo II

REQUERIMENTO DE CERTIFICAÇÃO DE CONHECIMENTOS

Aluno: _____

Curso: _____

Semestre e Ano de ingresso: _____

CORRESPONDÊNCIA DE DISCIPLINAS (PREENCHER COM A NOMENCLATURA CORRETA DAS DISCIPLINAS)	
Disciplina(s) em que solicita certificação	Experiência(s), Formação, Atividade(s) anteriores (anexar comprovante)

ATENÇÃO: Conforme prevê o Art. 215 da Organização Didática "A liberação do aluno da frequência às aulas dar-se-á a partir da assinatura de ciência no seu processo de aproveitamento de estudos, que ficará arquivado na pasta individual do aluno".

Alvorada, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do/a estudante