



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: \_\_\_\_\_

<b>CORRESPONDÊNCIA DE DISCIPLINAS (PREENCHER COM A NOMENCLATURA CORRETA DAS DISCIPLINAS)</b>	
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