



INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
RIO GRANDE DO SUL
Campus Erechim

REQUERIMENTO DE CERTIFICAÇÃO DE CONHECIMENTOS

ANO: _____

SEMESTRE: _____

O(A) ALUNO(A) ABAIXO RELACIONADO(A):

Nome: _____	Nº de Matrícula: _____
Curso: _____	Semestre de Ingresso: _____
E-mail: _____	Telefone: _____

REQUER DISPENSA DA DISCIPLINA:

PARECER DE CERTIFICAÇÃO DE CONHECIMENTOS:

Prof. responsável pela análise: _____
(Nome completo)

Critério utilizado para a avaliação: _____
(anexar a este formulário a prova escrita e/ou a ata da prova prática)

RESULTADO:

() Aprovado(a) – Nota: _____

() Reprovado(a)

Motivo: () Nota insuficiente

() Não compareceu

Data: ____/____/____

Assinatura do(a) Prof. responsável pela análise

CIÊNCIA DA COORD. DE CURSO	CIÊNCIA DO ALUNO(A)	REGISTROS ESCOLARES
DATA: ____/____/____ _____ Assinatura	DATA: ____/____/____ _____ Assinatura	REGISTRADO NO SISTEMA EM: ____/____/____ _____ Resp. pelo registro