	REQUERIMENTO DE CERTIFICAÇÃO DE CONHECIMENTO	ANO:
		SEMESTRE:

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

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

REQUER CERTIFICAÇÃO DA DISCIPLINA:

POR TER CURSADO:

	C.H.	Nota

Estabelecimento: _____

____/____/_____ Data

_____ Assinatura do aluno

RESERVADO AO COLEGIADO DO CURSO

PARECER DO (A) PROFESSOR(A) (*utilizar o verso, se necessário*)

( ) Deferido ( ) Indeferido – Justificativa:

( ) Conteúdo insuficiente

( ) Carga horária insuficiente

( ) Outros. Especificar: _____

____/____/_____ Data

_____ Assinatura do(a) Prof. Responsável pela Análise

PARECER DO (A) COORDENADOR(A) (*utilizar o verso, se necessário*)

( ) Deferido ( ) Indeferido

____/____/_____ Data

_____ Assinatura do(a) Coordenador(a)

CIÊNCIA DO ALUNO(A)	REGISTROS ESCOLARES
DATA: ___/___/_____ _____ Assinatura	REGISTRADO NO SISTEMA EM: ___/___/_____ _____ Resp. pelo registro