



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Campus Avançado Veranópolis

SOLICITAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO DE CONHECIMENTOS

RESERVADO AO(A) ALUNO(A)

Nome do(a) Aluno(a):
Curso:
Data:

Disciplina solicitada:

RESERVADO À COORDENAÇÃO DO CURSO:

SITUAÇÃO:	<input type="checkbox"/> INDEFERIDO	<input type="checkbox"/> DEFERIDO MEDIANTE AVALIAÇÃO
RESULTADO:	<input type="checkbox"/> APROVADO	<input type="checkbox"/> REPROVADO
NOTA:		

Análise e parecer do(a) professor(a) do componente curricular.

PARECER FINAL do(a) Coordenador(a) de curso/Área e encaminhamento para a Coordenadoria de Registros Escolares para as devidas providências.

Veranópolis, ___/___/___ .

Assinatura do(a) professor(a)

Assinatura do(a) coordenador(a)

Espaço destinado para ciência do aluno após o resultado final:

Declaro que tomei ciência do resultado do pedido de aproveitamento de estudos.

Nome do(a) aluno(a) _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____.