



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

SOLICITAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO DE CONHECIMENTOS

RESERVADO AO(A) ALUNO(A)

Nome do(a) Aluno(a):
Curso: () Análise e Desenvolvimento de Sistemas () Processos Gerenciais
Data:
E-mail:
Telefone (com DDD):

Disciplina solicitada:

RESERVADO À COORDENAÇÃO DO CURSO:

SITUAÇÃO:	() INDEFERIDO	() DEFERIDO MEDIANTE AVALIAÇÃO
RESULTADO:	() APROVADO	() 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 certificação de conhecimentos:

Nome do(a) aluno(a): _____

Assinatura: _____

Data: ___/___/___.