



DADOS DO ALUNO - (Preencher todos os itens de forma legível)

Nome	
Matrícula	E-mail
Curso	Telefone

REQUER: APRECIACÃO DO COLEGIADO SOBRE DISPENSA DE PRÉ-REQUISITO

ATENÇÃO: Sua solicitação NÃO É GARANTIDA. A dispensa de pré-requisito depende de aprovação do colegiado de curso, mediante correto preenchimento deste formulário.

(Nome) _____ GRR ______requer dispensa de pré-requisito da(s) disciplina(s)
de _____
para cursar a(as) disciplina(as) de _____
durante o período letivo _____.

JUSTIFICATIVA ALUNO:

O aluno deve conferir se a solicitação foi deferida ou indeferida após a reunião de colegiado.

Conforme Res. 63-10 – CEPE: É de competência do Colegiado do Curso, ouvidos os respectivos departamentos, a análise e o julgamento dos pedidos de dispensa de pré-requisito e co-requisito de disciplinas.

Assinatura do(a) aluno(a) _____ Data ____ / ____ / ____