



DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

REQUERIMENTO DE CONTINUIDADE DE ESTUDOS

ANO

SEM. LETIVO

O(A) REQUERENTE ABAIXO DISCRIMINADO(A)

NOME		Nº DE REGISTRO		
RUA, AVENIDA, ETC.		Nº	APT.	
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	TELEFONE

REQUER CONTINUIDADE DE ESTUDOS EM:

CURSO _____

PERCURSO _____

_____ / _____ / _____ DATA

_____ NOME DO REQUERENTE

RESERVADO AO COLEGIADO DO CURSO

TEMPO MÁXIMO DE INTEGRALIZAÇÃO DO ALUNO: _____ VERSÃO CURRICULAR: _____

TEMPO JÁ UTILIZADO (EM SEMESTRES): _____ CÓDIGO DO PERCURSO PRETENDIDO: _____

SALDO (EM SEMESTRES): _____

_____ / _____ / _____ DATA

_____ SECRETÁRIA(O) DO COLEGIADO



UTILIZAR O VERSO PARA REGISTRAR A ADAPTAÇÃO CURRICULAR, SE FOR O CASO

DECISÃO DO COLEGIADO:



DEFERIDO



INDEFERIDO

_____ / _____ / _____ DATA

_____ COORDENADOR(A) DO CURSO

RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO

- COMUNICADO AO REQUERENTE PELO OFÍCIO Nº _____ / _____ DE _____ / _____ / _____ OU VERBALMENTE:

DECLARO TER TOMADO CONHECIMENTO DO RESULTADO EM: _____ / _____ / _____ ASSINATURA DO REQUERENTE

- ENVIADA AUTORIZAÇÃO AO DRCA EM: _____ / _____ / _____ DATA CHEFE DA SEÇÃO DE ENSINO

RECIBO

_____, Nº _____, REQUEREU CONTINUIDADE DE ESTUDOS PARA O _____ SEMESTRE DE 20 _____ EM _____ / _____ / _____.

_____ CHEFE DA SEÇÃO DE ENSINO

