



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

