REQUERIMENTO PARA APROVEITAMENTO DE CRÉDITOS

Ilmo Sr.

Prof. Dr: ***(Inserir o nome do coordenador)***

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Eu, …….. ***(nome completo do pós-graduando)*** *…...*, RG no ……....., CPF no ………….., RA no ………….., sob a orientação do(a) Prof(a) Dr(a) ...…***(preencher o nome do orientador)****…*.. venho identificar e requerer o aproveitamento de créditos cursados como …...***(aluno Regular ou não Regular )****….*a nível de …...***(preencher o nível, no programa)****…*..., no período de \_\_\_\_\_\_\_, em conformidade com o Regulamento nº 111/2017 do PCS/UEM

Para comprovação, estou anexando os seguintes comprovantes da disciplina cursada:

1. Plano de Ensino (ementa / conteúdo programático / bibliografia etc) ***(Informar e entregar os documentos citados neste item, caso a disciplina seja de outro programa. Sendo do PCS deletar este item);***
2. Histórico Escolar;

|  |
| --- |
| **DADOS DAS DISCIPLINAS CURSADA\*** |
| Disciplina  | ***(digitar aqui a disciplina)*** |
| Semestre/Ano: …/20...  | Carga horária: ……... | Créditos: ……... | Conceito:……... | Frequencia……% | Resultado:……... |
| Instituição em  | ***(preencher a instituição onde cursou a disciplina)*** |

|  |  |
| --- | --- |
| Disciplina  | ***(digitar aqui a disciplina)*** |
| Semestre/Ano: …/20...  | Carga horária: ……... | Créditos: ……... | Conceito:……... | Frequencia……% | Resultado:……... |
| Instituição em  | ***(preencher a instituição onde cursou a disciplina)*** |

**(\*)** Se necessário, inserir (copiar/colar) este quadro para mais disciplina do PCS

Nestes termos, peço deferimento.

Maringá, ......... de .............................. de .................

**\_*De acordo:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Assinatura do(a) Orientador(a) Assinatura do(a) Requerente**