

REQUERIMENTO INCLUSÃO E CANCELAMENTO DE DISCIPLINA

Sr. Coordenador Prof. Dr. João da Cruz Gonçalves Neto

Nome do Aluno: _____

Matrícula nº _____ Período _____ Turma _____

Telefone _____ Celular _____ E-mail: _____

Aluno regularmente matriculado nesta Faculdade vem com o devido respeito e acatamento requerer:

() Inclusão da(s) Disciplina(s):

() Cancelamento da(s) Disciplina(s):

Observações: (justificativa se houver)

Data ___/___/___

Assinatura do(a) Aluno(a)

✕-----

Recibo de Entrega da Solicitação de Inclusão e Cancelamento de Disciplina Data: ___/___/___

Nome do Acadêmico	
Servidor	
Assinatura e Carimbo	