**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AGRESTE DE PERNAMBUCO**

AV. BOM PASTOR, S/N, BAIRRO BOA VISTA CEP 55.296-901 GARANHUNS, PE

E-MAIL: DRCA@UFAPE.EDU.BR

**REQUERIMENTO DE DISPENSA DE DISCIPLINAS**

À COORDENAÇÃO DO CURSO DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DA UFAPE,

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n° de CPF \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_ aluno do curso de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito dispensa da(s) disciplina(s) abaixo relacionada(s), por tê-la(s) cursado na Universidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quando aluno vinculado ao curso de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| **DISCIPLINA CURSADA** | **DISCIPLINA A SER DISPENSADA** |
| Nome da disciplina | IES¹ | Sem/ano | CH | Disciplina Equivalente | CH |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

¹Sigla da Instituição de Ensino Superior onde a disciplina foi cursada.

Garanhuns, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Assinatura do aluno(a)

**Contatos:**
Telefone fixo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anexar: Histórico Escolar original ou cópia autenticada e o(s) programa(s) da(s) disciplina(s) cursada(s), original ou cópia autenticada.**