CEGRAD

FACULDADE DE MEDICINA • UFMG •

REQUERIMENTO DE EXAME DE COMPROVAÇÃO DE CONHECIMENTOS

NOME:

CURSO: **MATRÍCULA:** **PERÍODO:**

E-MAIL: **TELEFONE:**

SOLICITO EXAME DE COMPROVAÇÃO DE CONHECIMENTO NA(S) DISCIPLINA(S) DESCRITA(S) ABAIXO:

CÓDIGO	NOME

DATA: / /

ASSINATURA DO REQUERENTE

RESERVADO AO CEGRAD

☐ REQUERIMENTO EM **ACORDO** COM AS EXIGÊNCIAS DA RESOLUÇÃO CEPE Nº 04/2019.

☐ REQUERIMENTO EM **DESACORDO** COM AS EXIGÊNCIAS DA RESOLUÇÃO CEPE Nº 04/2019.

DATA: / /

CEGRAD/FM

RESERVADO AO COLEGIADO DO CURSO

DECISÃO DO COLEGIADO: ☐ DEFERIDO ☐ INDEFERIDO

DATA: / /

COORDENADOR(A) DO COLEGIADO

RESERVADO AO CEGRAD

REGISTRADO NO SISTEMA EM / /

EM CASO DE INDEFERIMENTO, COMUNICADO AO ALUNO EM / /

FUNCIONÁRIO(A) DO CEGRAD

RECIBO

O(A) ALUNO(A) _____ MATRÍCULA Nº _____

PROTOCOLOU REQUERIMENTO DE EXAME DE COMPROVAÇÃO DE CONHECIMENTOS EM _____

_____

DATA / /

CEGRAD/FM

De acordo com a Resolução CEPE 04/2019, a nota final do exame de comprovação de conhecimentos integrará o cálculo da Nota Semestral Global (NSG)/Rendimento Semestral Global (RSG).