



CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO – FACULDADE DE MEDICINA/UFMG

ANO

REQUERIMENTO DE APROVEITAMENTO DE ESTUDOS

SEMESTRE

O(A) ALUNO(A) ABAIXO DISCRIMINADO(A)

NOME:

TELEFONE:

CELULAR:

E-MAIL:

 MESTRADO DOUTORADO

Nº DE MATRÍCULA:

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM:

REQUER: APROVEITAMENTO DE CRÉDITOS (disciplinas isoladas ou do mestrado) DISPENSA DE DISCIPLINA (obrigatória ou necessária para pré-requisito) INTEGRALIZAÇÃO DE CRÉDITOS DE DISCIPLINA ELETIVA CRÉDITO DE ATIVIDADES ACADÊMICAS DE PÓS-GRADUAÇÃO (TAREFA ESPECIAL)

REFERENTES ÀS DISCIPLINAS JÁ CURSADAS, CONFORME ABAIXO (usar o verso, se necessário):

Nome	Código:	Ano/Semestre
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Anexar sempre comprovante de aprovação, contendo a nota final na disciplina cursada;
 Anexar a ementa da disciplina cursada, caso a mesma não seja da grade curricular do Programa.
 Verificar se seu Programa de Pós-Graduação tem regras específicas para aproveitamento de estudos.

_____/_____/_____
 DATA ASSINATURA DO ALUNO

 ANUÊNCIA DO ORIENTADOR

RESERVADO AO COLEGIADO DO CURSO

DECISÃO DO COLEGIADO

 DEFERIDO INDEFERIDO

_____/_____/_____
 DATA

 COORDENADOR (A)

RECIBO

O(A) DISCENTE _____

PROTOCOLOU REQUERIMENTO DE APROVEITAMENTO DE ESTUDOS EM: ____/____/____

Recebido por _____