# Brasão_biomed_verde.png

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNMABUCO**

**CURSO DE BACHARELADO EM BIOMEDICINA**

**CENTRO DE BIOCIÊNCIAS**

**E-mail: biomedicinacoord.ufpe@gmail.com**

**Rua Nelson Chaves, s/n, Cidade Universitária, Recife-Pe, CEP 50670-420**

**Telefones: (081) 2126-8356/ (081) 2126-8868**

**PRÓ REITORIA PRA ASSUNTOS ACDÊMICOS (PROACAD)**

**Requerimento de equivalência de disciplinas**

**Nome do(a) Requerente Sexo**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **M** | **F** |

**E-mail Telefone fixo [c/DDD]**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**CPF Celular [c/DDD] Período**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Atenção para algumas orientações ao preencher:**

* **Preencher o formulário NO COMPUTADOR, OU MANUSCRITO COM LETRA DE FORMA;**
* **Quando for anexar os documentos favor SEGUIR A ORDEM DA DESCRIÇÃO e ENUMERAR OS SEUS DOCUMENTOS de acordo com numeração de cada documento descrito na tabela;**
* **NÃO VAMOS ACEITAR material FORA DE ORDEM e sem a numeração. Favor trazer o material original para conferência e consequente autenticação.**
* **Deixar toda documentação física (incluindo o formulário) na Escolaridade do Centro e assinar o livro ata para fazer o registro de entrega.**

**Vem Requerer dispensa de atividade complementar:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ATIVIDADE** | **DATA INICIAL/FINAL** | **PROFESSOR RESPONSÁVEL** | **DEPARTAMENTO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Carga Horária Total Aproveitada:**

**Autorizo dispensa de atividade complementar acima:**

**Recife, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura e carimbo do Coordenador**

**Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Assinatura do Requerente ou Representante Legal***

***Assinatura do Coordenador do Curso***