



UFMG

DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

REQUERIMENTO DE REGIME ESPECIAL

ANO

SEM. LETIVO

O(A) ALUNO(A):

NOME:		Nº DE REGISTRO		
CURSO		UNIDADE		
ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, ETC.)		Nº:	APT.	
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:	TELEFONE:

REQUER REGIME ESPECIAL, PREVISTO NO CAP. VIII DO ANEXO À RESOLUÇÃO COMPLEMENTAR Nº 01/90 DO CEPE.

____/____/____
DATA

ASSINATURA DO REQUERENTE

RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO

- ANEXADA A RELAÇÃO DE DISCIPLINAS EM QUE O(A) ALUNO(A) MATRICULOU-SE NO PERÍODO ____/____
- ENCAMINHADO AO CHEFE DO SERVIÇO DE ATENÇÃO A SAÚDE DO TRABALHADOR - SAST, PARA AS PROVIDÊNCIAS NECESSÁRIAS, NOS TERMOS DA RESOLUÇÃO Nº 01/90 DO CEPE - ITEM 106 DO CAP. VIII DO ANEXO.

____/____/____
DATA

CHEFE DA SEÇÃO DE ENSINO

RESERVADO AO(S) DEPARTAMENTO(S)

RECIBO

_____, Nº _____, REQUEREU REGIME ESPECIAL
(NOME DO REQUERENTE)

RELATIVO A MATRICULA DO SEMESTRE ____/____ EM ____/____/____.

____/____/____
DATA

FUNCIONÁRIO DA SEÇÃO DE ENSINO

