



APROVEITAMENTO DE ESTUDOS – REVISÃO

IDENTIFICAÇÃO		
Nome completo:		Matrícula:
Curso/ Habilitação:		Opção:
CONTATO		
E-mail:	Telefone:	Celular:
SOLICITAÇÃO		
Nº do processo de referência:		
Faculdade / Instituto responsável pelo parecer:		
Nome da disciplina na I.E.S. de origem:		
Solicito revisão de aproveitamento de estudos, tendo em vista o (a): <input type="checkbox"/> Inexistência de disciplina equivalente na UnB à época; <input type="checkbox"/> Erro no comprovante do número de horas; <input type="checkbox"/> Diferença de tratamento com outros alunos; <input type="checkbox"/> Disciplina não ter sido examinada; <input type="checkbox"/> Matérias do currículo mínimo estabelecido pelo CNE; <input type="checkbox"/> Outros (Especificar em formulário de exposição e motivos)		
DECLARAÇÃO		
____/____/____		
Declaro a veracidade das informações prestadas neste formulário. Declaro, ainda, estar ciente de que é de minha responsabilidade acompanhar o resultado, bem como os prazos estipulados em legislação específica.		
_____ Assinatura do(a) interessado(a)		
RECIBO		
____/____/____		
Recebi do(a) discente, mat. ____/____, solicitação referente à Revisão do Aproveitamento de Estudos.		
_____ Carimbo / Assinatura do(a) servidor(a)		