

REQUERIMENTO

PROCOLO Nº
23087._____/20____-____
DATA: ____/____/____
RESP.:_____
www.unifal-mg.edu.br/protocolo

- Campus Alfenas - Sede Campus Poços de Caldas Campus Varginha
 Campus Alfenas - Unidade Educacional Bairro Santa Clara Educação a Distância

Ao(À) Coordenador(a) do Curso de _____

O abaixo assinado, _____

_____, matrícula nº _____, na UNIFAL-MG, no curso de _____, _____ período, turno _____, vem requerer de V. Sa.

- 1 AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES ESCOLARES
 - 1.1 - LICENÇA P/ GESTANTE (em conformidade com a Lei nº 6.202/75. Anexar atestado médico).
 - 1.2 – LICENÇA ESPECIAL (em conformidade com o Decreto-Lei nº 1.044/69. Anexar atestado médico).
 - 1.3 – Para participação em eventos culturais, artísticos, científicos e desportivos (Anexar documento comprobatório).
- 2 APROVEITAMENTO DE ESTUDOS** - Informar disciplina(s) no verso e anexar histórico escolar e programa(s) de disciplina(s).
- 3 INSCRIÇÃO EM DISCIPLINA ISOLADA** - Informar disciplina(s) no verso e anexar documentos citados na página do DRGCA.
- 4 REVISÃO DE PROVA - Até 5 (cinco) dias úteis após a divulgação da nota. Informar disciplina(s) no verso.

Atenção:

- a) *Este formulário é específico para atender às solicitações referentes aos cursos de graduação presencial e a distância.*
- b) *Observe os períodos e prazos estipulados no Calendário Acadêmico e demais orientações para preenchimento deste formulário.*
- c) *o(a) aluno(a) ao inserir cópias digitais da documentação solicitadas em quaisquer das opções assinaladas neste requerimento atesta sua autenticidade e fidedignidade em relação a documentação original.*
- d) *Para saber mais, acesse - <https://www.unifal-mg.edu.br/drgca/solicitacao-de-documentos-e-servicos>*

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) aluno(a)

(Espaço destinado a observações, justificativas, disciplinas para aproveitamento de estudos, isoladas, ou revisão de prova e outras informações necessárias)

ENCAMINHAMENTO

ORIGEM	DESTINO	<input type="checkbox"/> DEFERIDO	DATA	RUBRICA
		<input type="checkbox"/> INDEFERIDO		

ORIGEM	DESTINO	<input type="checkbox"/> DEFERIDO	DATA	RUBRICA
		<input type="checkbox"/> INDEFERIDO		

DESPACHO

____/____/____	Vanja Myra Barroso Vieira da Silveira Diretora do DRGCA

CONTATO

ENDEREÇO											
Nº		COMPLEMENTO			BAIRRO						
CIDADE					UF		CEP				
TELEFONE RESIDENCIAL (xx) xxxx - xxxx						TELEFONE CELULAR (xx) xxxx - xxxx					
() -						() -					
E-MAIL											

DEPARTAMENTO DE REGISTROS GERAIS E CONTROLE ACADÊMICO

<https://www.unifal-mg.edu.br/drgca/>

Campus Alfenas: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Centro. CEP 37130-001. Telefone: (35) 3701-9230

Campus Poços de Caldas: BR267 - Rodovia José Aurélio Vilela, nº 11.999 . Cidade Universitária. CEP: 37715-400. Telefone: (35) 3697-4633

Campus Varginha: Av. Celina Ferreira Ottoni, 4000. Jardim Sion. CEP: 37048-005. Telefone: (35) 3219-8626; (35) 3219-8627