**REQUERIMENTO DE APROVEITAMENTO/TRANSFERÊNCIA DE CRÉDITOS**

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação - PPGCR

|  |
| --- |
| Esse formulário deve ser devidamente preenchido, assinado pelo discente e orientador e protocolado no setor protocolo respeitando as normas e calendário vigente. |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome Completo do Discente: | Data da 1ª Matrícula:  |
| Nome Completo do Orientador:  |
| **Opção do Requerimento\*** |
| ( ) Aproveitamento de créditos | ( ) Transferência de créditos  |
| **Aproveitamento de Créditos** |
| Código da Disciplina | Nome da Disciplina | Créditos | Data Conclusão da Disciplina | Conceito |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Anexar o Programa de Ensino das Disciplinas, o Histórico Escolar atualizado e/ou declaração de conclusão de disciplina.**  |
| **Transferência de Créditos** |
| Instituição de oferta da disciplina | Código  | Nome da Disciplina | Créditos | Conceito | Data de Conclusão | Conceito atribuído/UNIFAL-MG | Equivalência (quando for o caso) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Anexar Programa de Ensino das disciplinas, Histórico Escolar atualizado, declaração de conclusão da disciplina e parecer de professor responsável por disciplina no programa quando for solicitada a equivalência.**  |
| **Assinatura dos interessados** |
| Discente: Data: | Orientador (a): Data: |
| **Despacho do Colegiado do Programa** |
| Parecer do Colegiado |
| ( ) Deferido | ( ) Indeferido |
| Justificativa (quando necessário): |
| Assinatura do Coordenador (a) do Programa: Reunião N° do Colegiado Data:  |