**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: | | | | | | | | | | | | | | |