| | | |
|---|---|---|
| UFPR | MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO<br>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ<br>SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE<br>Coordenação dos Cursos de Terapia Ocupacional | SAÚDE UFPR |

# REQUERIMENTO DE DISPENSA DE PRÉ-REQUISITO

## DADOS DO INTERESSADO

| | |
|---|---|
| Nome: | |
| Matrícula: | Telefone:<br>(__) _____-_____ |
| E-mail: | |
| Curso:<br>Terapia Ocupacional | Código do Curso:<br>□ 30A – Diurno / □ 81A – Noturno |

## REQUERIMENTO

SOLICITO A DISPENSA DO(S) PRÉ-REQUISITO(S) PARA CURSAR A DISCIPLINA:

| **Código** | **Nome** |
|---|---|
| | |

JUSTIFICATIVA:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Este requerimento deve possuir documentação comprobatória.

Assinatura interessado _____Data ___/___/_____
ou representante

Processo nº 23075._____/20___-___