



DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

REQUERIMENTO DE CONTINUIDADE DE ESTUDOS

ANO

SEM. LETIVO

O(A) REQUERENTE ABAIXO DISCRIMINADO(A)

NOME				Nº DE REGISTRO	
RUA, AVENIDA, ETC.				Nº	APT.
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	TELEFONE	

REQUER CONTINUIDADE DE ESTUDOS EM:

CURSO	MODALIDADE
HABILITAÇÃO	
ÊNFASE	
_____	
_____/_____/_____	_____
DATA	NOME DO REQUERENTE

RESERVADO AO COLEGIADO DO CURSO

TEMPO MÁXIMO DE INTEGRALIZAÇÃO: _____	VERSÃO CURRICULAR: _____
TEMPO JÁ UTILIZADO (EM SEMESTRES): _____	CÓDIGO DA OPÇÃO PRETENDIDA: _____
SALDO (EM SEMESTRES): _____	
_____/_____/_____	_____
DATA	SECRETÁRIA(O) DO COLEGIADO



UTILIZAR O VERSO PARA REGISTRAR A ADAPTAÇÃO CURRICULAR, SE FOR O CASO

DECISÃO DO COLEGIADO:



DEFERIDO



INDEFERIDO

_____/_____/_____	_____
DATA	COORDENADOR(A) DO CURSO

RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO

- COMUNICADO AO REQUERENTE PELO OFÍCIO Nº _____ / _____ DE _____ / _____ / _____ OU VERBALMENTE:	
DECLARO TER TOMADO CONHECIMENTO DO RESULTADO EM: ____/____/____	ASSINATURA DO REQUERENTE
- ENVIADA AUTORIZAÇÃO AO DRCA EM: ____/____/____	CHEFE DA SEÇÃO DE ENSINO
DATA	

RECIBO

(NOME DO REQUERENTE) _____, Nº _____, REQUEREU CONTINUIDADE DE ESTUDOS PARA O _____ SEMESTRE DE 20 _____ EM ____/____/____.	_____
	CHEFE DA SEÇÃO DE ENSINO

