



DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

**REQUERIMENTO DE OPÇÃO POR
MODALIDADE, HABILITAÇÃO OU ÊNFASE**

ANO

SEM. LETIVO

ALUNO(A)					
NOME					
Nº DE REGISTRO		CURSO			TURMA
RUA, AVENIDA, ETC.				Nº	APT.
BAIRRO		CIDADE		UF	CEP
					TELEFONE

OPÇÃO REQUERIDA (PREENCHER A 2ª NOS CURSOS DE DUPLA OPÇÃO)	
1ª	NOME
2ª	NOME
SE NÃO HOUVER OFERTA DA OPÇÃO ESCOLHIDA COMO 1ª OPÇÃO, O ALUNO SERÁ VINCULADO, AUTOMATICAMENTE, À 2ª. CASO NÃO HAJA OFERTA DE AMBAS, O ALUNO SERÁ COMUNICADO.	
/ / DATA	_____ ASSINATURA DO ALUNO

MOD. DRCA-017 2010

RECIBO	
_____ (NOME DO ALUNO) Nº _____, REQUEREU VINCULAÇÃO À(S)	
OPÇÃO(ÕES): _____	

/ / DATA	_____ FUNCIONÁRIO DA SEÇÃO DE ENSINO

MOD. DRCA-017 2010