

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

COORDENAÇÃO DO CURSO DE FONOAUDIOLOGIA



**REQUERIMENTO DE DISPENSA DE DISCIPLINA**

À Coordenação do Curso de Fonoaudiologia/CCS/UFPB

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) regularmente matriculado(a) neste Curso de Fonoaudiologia/CCS/UFPB, sob matrícula nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho requerer desta Coordenação providências junto ao Departamento responsável pela disciplina abaixo citada, para que seja efetuada sua dispensa de acordo com a Resolução CONSEPE nº 29/2020, considerando-se a documentação comprobatória em anexo:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Disciplina (já cursada) | Código | Instituição de ensino superior |
|  |  | UFPB |

como equivalente à disciplina:

|  |  |
| --- | --- |
| Disciplina  | Código |
|  |  |

Nestes termos, peço deferimento.

João Pessoa/PB, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) aluno(a)