**Universidade Federal do Rio Grande do Norte Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação**

 **APROVEITAMENTO DE DISCIPLINAS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Aluno: |  | Matrícula: |  |

Solicito à Coordenação do Curso de Mestrado Acadêmico em Ciências da Reabilitação, o aproveitamento da(s) disciplina(s) abaixo relacionada(s), cursadas no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Programa) como Aluno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Regular / Especial):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Módulo/Disciplina a Aproveitar** | **Período** | **Conceito** | **Módulo exigido no Curso (equivalência do aproveitamento)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Documentação Anexa:

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

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

Santa Cruz/RN, em / / .

Assinatura do(a) Aluno(a)

Assinatura do(a) Orientador(a)

**PARECER DA COORDENAÇÃO:**

( ) Deferimento ( ) Indeferimento

Assinatura do Coordenador

**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação / FACISA - PPGCREAB**

Av. Vila Trairi, s/n, bloco 2, 1º. Andar, 59200-000 – Santa Cruz / RN, Tel: (84) 994806888