MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PRÓ-REITORIA DE ENSINO
FACULDADE DE
MEDICINA

SOLICITAÇÃO DE QUEBRA DE PRÉ-REQUISITO

ATENÇÃO: ANEXAR, OBRIGATORIAMENTE, HISTÓRICO E INTEGRALIZAÇÃO CURRICULAR

Discente:_____ Matrícula:_____

Curso:_____

e-mail:_____ Telefone: ( )_____

Solicito a quebra do pré-requisito do seguinte componente curricular:

Código:_____ Nome:_____

Que possui como pré-requisito o(s) componenente(s):

Código(s):_____

Nome(s):_____

Razões:

1) ( ) Sou formando neste período ( ) não sou formando neste período
2) Número de disciplinas (obrigatórias + optativas) para conclusão do curso:_____
3) Tempo de Minoração no Curso se a solicitação for atendida:_____

JUSTIFICATIVA

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____