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

RECURSO

SOLICITAÇÃO DE QUEBRA DE PRÉ-REQUISITO

Discente:_____**Matrícula:**_____
Curso:_____
e-mail:_____**Telefone: ( )**_____

Ao COCEPE,

Solicito análise de minha solicitação de quebra de pré-requisito, indeferida pelo colegiado, conforme justificativa abaixo.

_____,_____/_____/_____.
Local e data

_____
Assinatura do discente

JUSTIFICATIVA

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____