



DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

REQUERIMENTO DE REGIME ESPECIAL

ANO

SEM. LETIVO

O(A) ALUNO(A):

NOME:				Nº DE REGISTRO	
CURSO				UNIDADE	
ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, ETC.)				Nº:	APT.
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:	TELEFONE:	

REQUER REGIME ESPECIAL, PREVISTO NO CAP. VIII DO ANEXO À RESOLUÇÃO COMPLEMENTAR Nº 01/90 DO CEPE.____/____/____
DATA_____
ASSINATURA DO REQUERENTE**RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO**

- ANEXADA A RELAÇÃO DE DISCIPLINAS EM QUE O(A) ALUNO(A) MATRICULOU-SE NO PERÍODO ____/____/____
- ENCAMINHADO AO CHEFE DO SERVIÇO DE ATENÇÃO A SAÚDE DO TRABALHADOR - SAST, PARA AS PROVIDÊNCIAS NECESSÁRIAS, NOS TERMOS DA RESOLUÇÃO Nº 01/90 DO CEPE - ITEM 106 DO CAP. VIII DO ANEXO.

____/____/____
DATA_____
CHEFE DA SEÇÃO DE ENSINO**RESERVADO AO(S) DEPARTAMENTO(S)****RECIBO**_____, Nº _____, REQUEREU REGIME ESPECIAL
(NOME DO REQUERENTE)

RELATIVO A MATRICULA DO SEMESTRE ____/____/____ EM ____/____/____.

____/____/____
DATA_____
FUNCIONÁRIO DA SEÇÃO DE ENSINO

