

UFPA/ INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS / PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS E BIOLOGIA CELULAR

ALUNO(A): _____ MATRÍCULA: _____ FONE: _____

NÍVEL: () DOUTORADO () MESTRADO ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: _____ e-mail: _____

BOLSA: () Sim () Não Órgão Financiador: _____ INGRESSO NO CURSO: ____/____/____

ORIENTADOR: _____ SEMESTRE: 1º/2018

A SER PREENCHIDO PELO DISCENTE					A SER PREENCHIDO PELA SECRETARIA DO PPGNCBC					
DISCIPLINA/CÓDIGO	PROFESSOR	CH	CR	PERÍODO	REQUERIMENTO De acordo com a oferta de vaga na disciplina		DESEMPENHO DISCENTE		SITUAÇÃO FINAL	
					DEFERIDO	INDEFERIDO	CONCEITO	FREQ.%	APROVADO	REPROVADO
1.										
2.										
3.										

OBS: 1. Informar endereço, no verso do formulário, para atualização de dados cadastrais.

2. Entregar este requerimento devidamente assinado pelo discente e seu respectivo orientador.

**3. Informar se foi aluno de AÇÃO AFIRMATIVA no curso de graduação: () Sim. Qual? _____
() Não.**

Em _____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO(A) ALUNO(A)

ASSINATURA DO ORIENTADOR