



DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

ANO

**REQUERIMENTO DE
MUDANÇA DE PERCURSO CURRICULAR
(MODALIDADE, HABILITAÇÃO OU ÊNFASE)**

SEM. LETIVO

ALUNO(A)				
NOME			Nº DE REGISTRO	
CURSO/SUBDIVISÃO				
RUA, AVENIDA, ETC.			Nº	APT.
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	TELEFONE

PERCURSO CURRICULAR REQUERIDO	
____/____/____ DATA	_____ ASSINATURA DO ALUNO

RESERVADO AO COLEGIADO DE CURSO	
SEMESTRE DE INGRESSO	VERSÃO ATUAL
PERCURSO ATUAL	
____/____/____ DATA	_____ FUNCIONÁRIO(A) RESPONSÁVEL

DESPACHO DO(A) COORDENADOR(A)	
DECISÃO: <input type="checkbox"/> Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido	
____/____/____ DATA	_____ COORDENADOR(A)

RECIBO	
(NOME DO ALUNO)	Nº _____,
REQUEREU VINCULAÇÃO AO PERCURSO CURRICULAR: _____	
____/____/____ DATA	_____ FUNCIONÁRIO(A) RESPONSÁVEL