



SEM. LETIVO

 UFMG	COLEGIADO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	ANO
	REQUERIMENTO DE REGIME ESPECIAL	SEM. LETIVO

ESTUDANTE			
NOME:		No DE REGISTRO	
CURSO:		UNIDADE	
CIDADE:	UF:	CEP:	TELEFONE:

TELEPHONE:

Declaro estar ciente dos termos da Resolução Nº 14/2019, que regulamenta o Regime Especial para estudantes de graduação da UFMG e atesto a veracidade das informações declaradas.

DATA

ASSINATURA DO REQUERENTE

ASSINATURA DO REQUERENTE

RESULTADO DA AVALIAÇÃO DO(S) DEPARTAMENTO(S)	

RESEVADO AO COLEGIADO DO CURSO

Nos termos da Resolução Nº 14/2019 DO CEPE – Art.7º, caso solicitado pelo estudante, poderá ser concedido trancamento parcial de matrícula com justificativa na atividade acadêmica curricular para a qual o requerimento de regime especial for indeferido, conforme condições previstas nos artigos 3º, 5º e 6º.

ESTE COLEGIADO RESOLVE CONCEDER REGIME ESPECIAL (RE) OU TRANCAMENTO PARCIAL (TP)
NA(S) SEGUINTE(S) ATIVIDADE(S):

CÓDIGO	NOME	CRÉD.	TUR.	TP	RE

PERÍODO DO REGIME:

OBSERVAÇÕES:

____/____/____
DATA

COORDENADOR(A) DO COLEGIADO DO CURSO

COMUNICADO AO ALUNO EM: ____/____/____

SECRETÁRIO(A) DO COLEGIADO

RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO☐

☐ REGISTRADO NO SISTEMA ACADÊMICO EM ____/____/____

☐ ARQUIVADO NA PASTA DO ALUNO EM ____/____/____

SECRETÁRIO(A) SEÇÃO DE ENSINO