

 UFMG Enfermagem UFMG	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS ESCOLA DE ENFERMAGEM	ANO
	REQUERIMENTO DE EXAME DE COMPROVAÇÃO DE CONHECIMENTOS	SEMESTRE 1º () 2º ()

ALUNO

NOME:	MATRÍCULA:
EMAIL:	TELEFONE:
CURSO: () ENFERMAGEM () GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE () NUTRIÇÃO	FORMA DE INGRESSO:

REQUER EXAME DE COMPROVAÇÃO DE CONHECIMENTO NA SEGUINTE DISCIPLINA, NOS TERMOS DA RESOLUÇÃO 04/2019:

NOME	CÓDIGO
------	--------

____/____/____

DATA

ASSINATURA DO REQUERENTE

RESERVADO AO COLEGIADO

O aluno está regularmente matriculado?	SIM	NÃO
O aluno está matriculado na disciplina objeto da avaliação?		
O aluno já requereu exame de comprovação nesta disciplina anteriormente (CPV)?		
A disciplina pertence a opção curricular que o aluno está vinculado?		

DESPACHO DO COORDENADOR:

DECISÃO DO COLEGIADO:

☐ DEFERIDO

☐ INDEFERIDO

____/____/____

DATA

COORDENADOR (A)

RESERVADO AO DEPARTAMENTO E À BANCA EXAMINADORA

Forma de avaliação: _____ Data da Avaliação: ____/____/____ Publicação do Edital: ____/____/____

Membros da Banca Examinadora	Resultados Obtidos		
	Presença S/N	Notas	Assinatura da Banca
1.			
2.			
3.			
Suplente:			

RESULTADO FINAL: MÉDIA = _____ CONCEITO: _____ DATA: ____/____/____

COMUNICADO AO ALUNO POR E-MAIL EM: ____/____/____

SECRETÁRIO (A)

RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO

☐ DISPENSA REGISTRADA NO SISTEMA EM ____/____/____

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

RESPONSÁVEL