****

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES**

 **COORDENAÇÃO DO CURSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

ILUSTRÍSSIMO(A) SENHOR(A) COORDENADOR(A) DO CURSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS/UFPB

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a)

regularmente matriculado(a) no período \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no Curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

em Ciências Sociais, desta Universidade, requer de Vossa Senhoria, gozar dos direitos

da LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE, conforme atestado médico e

horário individual anexos.

Nestes termos,

Pede deferimento.

João Pessoa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e matrícula

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_