# UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE COORDENAÇÃO DO CURSO DE FISIOTERAPIA

**FORMULÁRIO: APROVEITAMENTO DE ESTUDOS**

(RESOLUÇÃO 16/2015 – Título XX – Capítulo I)

Sr.(a) Coordenador(a) do Curso de Fisioterapia,

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) regulamente matriculado(a) no Curso de Fisioterapia, sob matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho solicitar a concessão do aproveitamento de estudos e consequente dispensa da(s) disciplina(s) abaixo cursada(s) em Instituição de Ensino Superior.

**DISCIPLINA Nº CR MÉDIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CURSADA** |  |  |  |
| **EQUIVALENTE** |  | **CÓDIGO:** | |

**DISCIPLINA Nº CR MÉDIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CURSADA** |  |  |  |
| **EQUIVALENTE** |  | **CÓDIGO:** | |

**DISCIPLINA Nº CR MÉDIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CURSADA** |  |  |  |
| **EQUIVALENTE** |  | **CÓDIGO:** | |

**DISCIPLINA Nº CR MÉDIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CURSADA** |  |  |  |
| **EQUIVALENTE** |  | **CÓDIGO:** | |

**DISCIPLINA Nº CR MÉDIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CURSADA** |  |  |  |
| **EQUIVALENTE** |  | **CÓDIGO:** | |

**DISCIPLINA Nº CR MÉDIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CURSADA** |  |  |  |
| **EQUIVALENTE** |  | **CÓDIGO:** | |

Conforme atesta a documentação anexa (programa com respectiva carga horária, certificado de aprovação ou histórico escolar).

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

Assinatura do(a) aluno(a)

Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – Campus I - Cidade Universitária – João Pessoa – PB – CEP: 58 051-900

[coordfis@ccs.ufpb.br](mailto:coordfis@ccs.ufpb.br) | 3216-7032