|  |
| --- |
| **SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE DISCIPLINA** |

**SÓ PODERÁ SER CANCELADA A DISCIPLINA COM MENOS DE 25% DE AULAS MINISTRADAS.**

**DADOS DO ALUNO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome do Discente+Matrícula** |  |
| **Nome do(a) Orientador(a):** |  |
| **Área de Concentração:** | [ ] Fármaco-Medicamentos [ ] Análises Clínicas |
| **Mês / Ano de Ingresso:** |  |

**DADOS DA DISCIPLINA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Disciplina:** |  |
| **Professor Responsável:** |  |

**JUSTIFICATIVA**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data: |  | / |  | / |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| DISCENTE |  | ORIENTADOR |