



REQUERIMENTO DE REAJUSTE DE MATRÍCULA

Senhor Professor:

Eu, _____,

Aluno(a) regularmente matriculado(a) na _____ fase do Curso de Graduação em Ciência e Tecnologia de Alimentos sob o número de matrícula _____, e-mail _____, solicito autorização de V.S^a para matrícula na disciplina abaixo:

Código da Disciplina	Turma	Semestre

Em ____ / ____ / ____.

Assinatura

Parecer do Professor da disciplina:	Em ____ / ____ / ____. (Assinatura/Carimbo)
-------------------------------------	--

Parecer do Chefe do Departamento:	Em ____ / ____ / ____. (Assinatura/Carimbo)
-----------------------------------	--