|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO DESISTÊNCIA DE DISCIPLINA – ESTUDANTE ESPECIAL** |
| **MESTRADO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS** |
| ESTUDANTE: |
| FILIAÇÃO: MÃE: |
| PAI: |
| CPF: | ESTADO CIVIL: |
| DATA DE NASCIMENTO: | NATURALIDADE: |
| RG: | ÓRGÃO EXPEDIDOR: | DATA DE EMISSÃO: |
| ENDEREÇO: | SETOR: |
| CIDADE | ESTADO: | CEP: |
| TELEFONE RESIDENCIAL: ( ) | TELEFONE CELULAR: ( ) |
| E-MAIL: |
| EMPRESA/TRABALHO: | CARGO: |
|   |
| **DESISTÊNCIA DA DISCIPLINA** |
| DISCIPLINA: |
| PROFESSOR(A): |
| OFERTA EM (ANO/SEMESTRE):  |
| Nº. DE CRÉDITOS: | CARGA HORÁRIA: |
|   |
| **JUSTIFICATIVA – DESISTÊNCIA DE DISCIPLINA** |
|  |
|

Goiânia, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

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

 Assinatura do(a) aluno(a)