



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)