**REQUERIMENTO DE CRÉDITO DE DISCIPLINA**

**Procedimento:** preencher requerimento

**Prazo para solicitação**: conforme período divulgado oportunamente pela Coordenação do Curso

**Local de entrega**: presencial na coordenação ou via e-mail: [fisioterapia@unifap.br](mailto:fisioterapia@unifap.br)

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME COMPLETO:** | **MATRÍCULA:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **E-MAIL:** | **TELEFONE:** |

|  |
| --- |
| **DISCIPLINA A QUAL SOLICITA CRÉDITO:** |

|  |
| --- |
| **DISCIPLINA(S) EQUIVALENTE(S) CURSADA(S) EM OUTRO CURSO DE INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR (IES):** |

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA COMPOR O PROCESSO:**

* **Formulário de Requerimento de Crédito de disciplina, disponível em:** [**http://www2.unifap.br/fisioterapia/formularios/**](http://www2.unifap.br/fisioterapia/formularios/)
* **Histórico com o aproveitamento da disciplina, com aprovação e carga horária;**
* **Ementa da disciplina cursada em outro curso em IES;**
* **Conteúdos programáticos estudados na disciplina cursada em outro curso em IES;**
* **Ementa da disciplina do Curso de Fisioterapia da UNIFAP a qual deseja crédito;**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do(a) Aluno(a)**

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

MINISTERIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

COORDENAÇÃO DO CURSO DE FISIOTERAPIA

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPROVANTE DE SOLICITAÇÃO DE CRÉDITO DE DISCIPLINA** | |
| NOME: | |
| MATRÍCULA: | DISCIPLINA A QUAL SOLICITA CRÉDITO: |
| DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do(a) servidor(a) |