



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
COORDENADORIA DO CURSO DE FARMÁCIA



NOME DO ALUNO(A)	CÓDIGO DO ALUNO(A)

Ilmo(a). Sr.(a) Coordenador(a),

Nos termos da legislação pertinente desta universidade, solicito a V.S.^a aproveitamento de estudo da(s) disciplina(s) relacionadas abaixo:

São Luís, ____/____/____

Assinatura do aluno(a)

Disciplina/Origem	Disciplina/UFMA	Código/UFMA	Média	Concedido
				() sim () não
				() sim () não
				() sim () não
				() sim () não
				() sim () não

As disciplinas do quadro acima tiveram o aproveitamento de estudo concedido

Em: ____/____/____

Presidente do Colegiado do Curso

Encaminhe-se ao DEOAC/PROEN para registro no SCA

Em: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do(a) Coordenadora(a)