

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

CAMPUS UNIVERSITÁRIO REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE

CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SC

PÁGINA: ppgo.ufsc.br E-MAIL: ppgo@contato.ufsc.br

TELEFONE: (48) 3721-6132

**Anexo I**

**SOLICITAÇÃO DE VALIDAÇÃO DE CRÉDITOS**

|  |
| --- |
| **Ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia**  Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) do curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, da área de concentração \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_venho requerer a Vossa Senhoria a validação dos créditos obtidos em disciplinas, a seguir relacionadas: |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome da Disciplina** | |
| Semestre/ano que foi cursada: |  |
| Nome do Programa/Curso e Instituição: |  |
| Nº Créditos e Carga horária: |  |
| Tipo de disciplina (teórico/teórico-prático) |  |
| Conceito: |  |
| Professor Responsável: |  |

\* Repetir quantas vezes necessário este quadro.

\*\* Anexar cópia do Histórico Escolar e Plano de Ensino das disciplinas. A documentação apresentada deve conter obrigatoriamente as informações solicitadas.

Nestes termos, peço deferimento.

Data:

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

**Assinatura do Aluno Requerente**

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

**Assinatura do Orientador**