



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO
COLEGIADO DE GRADUAÇÃO

REQUERIMENTO PARA EXAME DE COMPROVAÇÃO DE CONHECIMENTOS

SEMESTRE/ANO:	CURSO:	TURNO: <input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Noturno
NOME DO(A) ALUNO(A):		MATRÍCULA:
DISCIPLINA:		CÓDIGO:
ASSINATURA:		_____/_____/_____ DATA

RESULTADO DO EXAME

DATA DE REALIZAÇÃO:	NOTA:	CONCEITO:
PROFESSOR RESPONSÁVEL:		_____ ASSINATURA PROFESSOR(A)
PROFESSOR RESPONSÁVEL 2 (se houver):		_____ ASSINATURA PROFESSOR(A)
PROFESSOR RESPONSÁVEL 3 (se houver):		_____ ASSINATURA PROFESSOR(A)

COLEGIADO DE GRADUAÇÃO

ENCAMINHADO À SEÇÃO DE ENSINO EM:	_____/_____/_____ DATA	_____ COORDENADOR(A)
-----------------------------------	---------------------------	-------------------------

SEÇÃO DE ENSINO

RESULTADO REGISTRADO NO SISTEMA EM:	_____/_____/_____ DATA	_____ CHEFE DA SEÇÃO DE ENSINO
-------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------