



UFES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COLEGIADO DE CURSO DE ODONTOLOGIA

SOLICITAÇÕES DIVERSAS – ALUNOS

*** É obrigatório o preenchimento de todos os campos**

Nome:		Matricula:	
E-mail:		Telefone:	Curso:
Disciplina (Código e nome*):		Turma:	Pedido:
Solicitação – Justificativa do Aluno		☐ Matricula	
		☐ Cancelamento de Matricula	
		☐ Abertura de Vaga *Deverá ser assinado pelo coordenador da disciplina.	
		☐ Quebra de Carga Horária Máxima do Período	
		☐ Abertura de Escopo	
		☐ Outros *Especificar	
Assinatura do Aluno:		Data: ____/____/____	
PARECER DO COORDENADOR/PROFESSOR			
☐ Defiro			
☐ Indeiro			
Nome e Assinatura do responsável * Carimbar ou colocar matricula SIAPE			

Observações:

- As solicitações dos alunos ao Colegiado de Curso de Odontologia deverão ser feitas por escritas, através desse formulário que deve ser assinado e datado pelo aluno e entregue no colegiado ou enviado por email, sendo considerada a data do envio.

- A resposta à solicitação será encaminhada através do email do aluno em um prazo de 07 dias úteis, considerando a urgência de cada solicitação