



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Secretaria de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde
Campus Universitário Darcy Ribeiro – Asa Norte – Brasília- DF CEP: 70910-900
Fone: (61) 3107-1956 e-mail: spgfsacad@unb.br

Nº da Solicitação _____/_____/_____

SOLICITAÇÃO DE RETIRADA DE DISCIPLINAS

PERÍODO LETIVO: _____

Aluno (a): _____

Matrícula: _____ Programa de Pós-Graduação em _____

() Mestrado Profissionalizante () Mestrado () Doutorado

Outro Programa: _____

() Mestrado Profissionalizante () Mestrado () Doutorado

E-mail: _____ Telefone: (____) _____

Código(s)	Disciplina(s)	Turma	Confirmação (a ser preenchido pela Secretaria)

Data da Entrega: ____/____/____

Data: ____/____/____

Efetivação no SIPPOS

Assinatura do Aluno

Assinatura do(a) Orientador(a)
/Matrícula

Servidor Responsável

Secretaria do Programa de Pós-Graduação – FS/UnB

Nº da Solicitação ____/____/____

RECIBO

Recebi de _____, matrícula ____/____,

solicitação de retirada de disciplina(s) de Pós-Graduação em _____,

referente ao ____ semestre letivo de ____ Disciplina Código: _____

Brasília, ____/____/____ Assinatura: _____

Obs: A prioridade de vagas obedecerá a ordem de chegada dos pedidos.
Se houver choque de disciplinas a matrícula não será efetivada.