



DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

**REQUERIMENTO DE OPÇÃO POR
MODALIDADE, HABILITAÇÃO OU ÊNFASE**

ANO

SEM. LETIVO

ALUNO(A)					
NOME					
Nº DE REGISTRO		CURSO			TURMA
RUA, AVENIDA, ETC.				Nº	APT.
BAIRRO	CIDADE		UF	CEP	TELEFONE

OPÇÃO REQUERIDA (PREENCHER A 2ª NOS CURSOS DE DUPLA OPÇÃO)	
1ª	NOME
2ª	NOME
SE NÃO HOUVER OFERTA DA OPÇÃO ESCOLHIDA COMO 1ª OPÇÃO, O ALUNO SERÁ VINCULADO, AUTOMATICAMENTE, À 2ª. CASO NÃO HAJA OFERTA DE AMBAS, O ALUNO SERÁ COMUNICADO.	
/ /	ASSINATURA DO ALUNO
DATA	

MOD. DRCA-017 2010

RECIBO	
_____ Nº _____, REQUEREU VINCULAÇÃO À(S)	
(NOME DO ALUNO)	
OPÇÃO(ÕES): _____	

/ /	FUNCIÓNARIO DA SEÇÃO DE ENSINO
DATA	

MOD. DRCA-017 2010