**REQUERIMENTO DE APROVEITAMENTO DE CRÉDITOS**

**OBRIGATÓRIO ENTREGAR FORMULÁRIO PREENCHIDO DIGITALMENTE, SALVO EM PDF E ENVIADO PARA** **posdip.famed@ufms.br**

|  |
| --- |
| **Anexar ao Requerimento os seguintes documentos (salvos em PDF):*** Histórico escolar ou Certificado de Conclusão de Disciplina (No caso de a disciplina não tiver sido cursada na UFMS faz-se necessário que a cópia seja autenticada)
* Ementa das disciplinas solicitadas
 |

|  |  |
| --- | --- |
| Data: Campo Grande,(formato: dd/mm/aaaa) | Nível:  **( ) MESTRADO ( ) DOUTORADO** |
| Aluno(a):  | RGA:  |
| Orientador(a):  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DISCIPLINA CURSADA** | **CH** | **NÍVEL DO CURSO (mestrado ou doutorado)** | **CURSOU COMO ALUNO****(regular ou especial)** | **ANO****/SEM** | **NOME DO PPG/UNIVERSIDADE** | **PARECER DO COLEGIADO\*** | **DISCIPLINA EQUIVALENTE\*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 (\*) campos preenchidos pelo colegiado

|  |
| --- |
| Para preenchimento do COLEGIADO: O colegiado do Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias, em sua \_\_\_\_\_\_\_reunião aprovou a equivalência de créditos conforme parecer acima. Campo Grande \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Ass. Presidente do Colegiado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |