**REQUERIMENTO DE APROVEITAMENTO DE CRÉDITOS**

**OBRIGATÓRIO ENTREGAR FORMULÁRIO PREENCHIDO DIGITALMENTE, SALVO EM PDF E ENVIADO PARA** [**posdip.famed@ufms.br**](mailto: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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |