



Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

Associação Ampla entre a
Universidade Estadual do Centro-Oeste e a
Universidade Estadual de Ponta Grossa



SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE DISCIPLINAS

Eu, _____,
RA: _____, aluno(a) regularmente matriculado(a) no Programa de Pós-Graduação
stricto sensu em Ciências Farmacêuticas, venho respeitosamente solicitar cancelamento de matrícula
nas(s) disciplina(s) abaixo listada(s):

Disciplina	C/H Créditos	Instituição	Programa	Ano

Justificativa

Guarapuava, ____ de _____ de 20____.

Nestes termos, pede deferimento.

Assinatura do(a) Orientador(a)

Assinatura do(a) Discente

Parecer do(a) Orientador(a)
Declaro que estou de acordo com a solicitação. Em ____/____/____. _____ Assinatura do(a) Orientador(a)

Parecer da Coordenação e do Colegiado do PPGCF:
() Deferido () Indeferido Observações: _____ Ata da Reunião nº _____, de ____/____/____. Assinatura do(a) Coordenador(a)

Ciente do Discente:
Declaro que estou ciente da Decisão, em ____/____/____. Assinatura do(a) Discente



Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

Associação Ampla entre a
Universidade Estadual do Centro-Oeste e a
Universidade Estadual de Ponta Grossa

