



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
COORDENADORIA DO CURSO DE FILOSOFIA

PEDIDO RE REAJUSTE EM CARÁTER EXCEPCIONAL

Eu, ....., matricula.....  
Telefone :..... regularmente matriculao(a)no Curso de FILOSOFIA, requer  
seja- concedido em caráter excepcional, reajuste de matricula nas disciplinas abaixo  
relacionadas:

MATRÍCULA (INCLUSÃO)							
ordem		Código da Disciplina		Turma		Nome do Professor	Assinatura
01							
02							
03							
04							
05							

MATRÍCULA (EXCLUSÃO)							
ordem		Código da Disciplina		Turma		Nome do Professor	Assinatura
01							
02							
03							
04							
05							

Estou ciente de que, em caso de incompatibilidade de horário e desrespeito ao(s) pré-requisito(s), poderá ocorrer o cancelamento de matrícula em disciplina(s), independentemente de comunicação.

Nestes termos, pede deferimento.

Em, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) requerente

OBS: O formulário será recebido somente  
Até o prazo estabelecido pelo calendário (09/03/2012)