



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE (48) 3721-3461
E-mail: odontologia@contato.ufsc.br

REQUERIMENTO

Eu, _____,

aluno(a) Curso de Graduação em Odontologia, matrícula _____,

CPF _____ solicito (favor assinalar):

- () Declaração de provável formando – anexar controle curricular;
- () Atestado de frequência;
- () Atestado de matrícula assinado;
- () Histórico acadêmico assinado;
- () Atividade domiciliar (anexar o atestado médico);
- () Planos de ensino / ementa;
- () Outras Declarações (especificar o objetivo e informações necessária)

- () Declaração de carga horária mínima não atendida, detalhar o motivo e finalidade

Nestes termos, peço deferimento.

Florianópolis, ____ de _____ de _____

Assinatura digital do Aluno(a)