



## SOLICITAÇÃO DE QUEBRA DE PRÉ-REQUISITO

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Matrícula Nº: \_\_\_\_\_ Aluno (a) do Curso de Graduação em Odontologia

DISCIPLINA A QUAL QUERO ME MATRICULAR, MAS NÃO COMPLETEI OS PRÉ-REQUISITOS			
Código	Nome Completo da Disciplina	Pré-requisitos	Fase da matéria solicitada

### JUSTIFICATIVA DA EXCEPCIONALIDADE

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

ASSINATURA DIGITAL DO (A) ACADÊMICO (A)