



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
Coordenação do Curso de Arquivologia

UFCA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CARIRI

REQUERIMENTO DE FLEXIBILIZAÇÃO DE PRÉ-REQUISITOS

NOME COMPLETO	E-MAIL	MATRÍCULA
CURSO	PERÍODO LETIVO	TELEFONE

Justificativa do pedido de flexibilização de pré-requisitos

Parecer da comissão (reservado ao docente)

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO(A) REQUERENTE

ASSINATURA DA COMISSÃO

ASSINATURA DA COMISSÃO

ASSINATURA DA COMISSÃO