



Requerente(nome completo)		Curso:
Requerente(nome social completo)		
RG	CPF	Referente ao nº matrícula
E-mail requerente		Telefone
		()

[illegible][illegible]

Afirmo ter ciência de que o não cumprimento deste termo poderá ocasionar o cancelamento do meu vínculo discente com a Universidade Federal do Cariri.

Universidade Federal do Cariri, _____ de _____ de _____



PLANO DE ESTUDO PARA CONCLUSÃO DE CURSO

[illegible]

(*) Caso haja necessidade de mais linhas, favor continuar em formulário complementar, especificando acima a ordem e a quantidade total de folhas (Ex.: 02 / 02 – folha nº 02 de 02 folhas totais), bem como registrando data e assinaturas.

[illegible]

(**) Caso haja necessidade de mais linhas, favor continuar em formulário complementar, especificando acima a ordem e a quantidade total de folhas (Ex.: 02 / 02 – folha nº 02 de 02 folhas totais), bem como registrando data e assinaturas.

Termo de Ciência do(a) Requerente

Afirmo ter ciência de que o não cumprimento deste termo poderá ocasionar o cancelamento do meu vínculo discente com a Universidade Federal do Cariri.

Assinatura do(a) Requerente

Assinatura e carimbo do(a) Coordenador(a) do Curso

Universidade Federal do Cariri, _____ de _____ de _____