



FORMULÁRIO: DILATAÇÃO PARA INTEGRALIZAÇÃO CURRICULAR

(RESOLUÇÃO 29/2020 – Título XI, Capítulo I, art. 174)

Sr.(a) Coordenador(a) do Curso de Fisioterapia,

Eu, _____, sob matrícula _____, e-mail _____, aluno do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba, solicito, pelo presente documento, a dilatação para integralização curricular por _____ períodos, a contar do início do semestre letivo _____.

CRONOGRAMA:

DISCIPLINA	PERÍODO EM QUE PRETENDE CURSAR

JUSTIFICATIVA (campo obrigatório):

João Pessoa, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) aluno(a)