



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DO CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL



À Coordenação do Curso de Terapia Ocupacional / CCS / UFPB.

Eu, _____,
aluno(a) regularmente matriculado (a) neste Curso de Terapia Ocupacional / CCS / UFPB, sob o
n° de Matrícula _____, venho requerer desta Coordenação providências no sentido de
encaminhar ao Colegiado do Curso de Terapia Ocupacional para aprovação da seguinte
disciplina a ser aproveitada como OPTATIVA DE LIVRE ESCOLHA, de acordo com o artigo
54 da Resolução n° 16/2015, do CONSEPE.

Disciplina:

_____, ofertada

pelo Departamento _____.

Nestes Termos,
Peço Deferimento.

João Pessoa - PB, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Aluno(a)

Espaço Reservado à Coordenação do Curso de Terapia Ocupacional /CCS

Ao Colegiado do Curso de Terapia Ocupacional, para as providências cabíveis.

Em, __ / __ / ____.

Assinatura e/ou carimbo do Servidor(a)