



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO
COLEGIADO DO CURSO DE ARQUIVOLOGIA

REQUERIMENTO PARA EXAME DE COMPROVAÇÃO DE CONHECIMENTOS

ANO/SEMESTRE:	CURSO:	TURNO: <input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Noturno
NOME DO(A) ALUNO(A):		MATRÍCULA:
E-MAIL:		TELEFONE:
DISCIPLINA:		CÓDIGO:
ASSINATURA:		_____/_____/_____ DATA

RESULTADO DO EXAME

DATA DE REALIZAÇÃO:	NOTA:	CONCEITO:
PROFESSOR RESPONSÁVEL:		_____ ASSINATURA PROFESSOR(A)
PROFESSOR RESPONSÁVEL:		_____ ASSINATURA PROFESSOR(A)
PROFESSOR RESPONSÁVEL:		_____ ASSINATURA PROFESSOR(A)

COLEGIADO DE GRADUAÇÃO

ENCAMINHADO À SECRETARIA DO COLEGIADO EM:	_____/_____/_____ DATA	_____ COORDENADOR(A)
---	---------------------------	-------------------------

SECRETARIA DO COLEGIADO

RESULTADO REGISTRADO NO SISTEMA EM:	_____/_____/_____ DATA	_____ SECRETÁRIO(A) DO COLEGIADO
-------------------------------------	---------------------------	-------------------------------------