



ALUNO ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO(A) ALUNO(A)		
Nome Completo:	Matrícula:	
Endereço:	CEP:	
E-mail:	Telefone Fixo: ()	Celular: ()

SOLICITAÇÃO / TERMO DE NOTIFICAÇÃO

() Graduação: solicito admissão como aluno especial nesta Universidade, para o período letivo __/____, a fim de cursar a(s) disciplina(s) informada(s), em anexo, estando notificado de que, caso já tenha cursado 08 (oito) disciplinas ou 02 (dois) período como aluno especial, minha matrícula será automaticamente cancelada, não havendo, em qualquer hipótese, restituição das taxas pagas.

() Pós – Graduação: solicito admissão como aluno especial nesta Universidade, para o período letivo __/____, a fim de cursar a(s) disciplina(s) informada(s), em anexo, de acordo com o artigo 21 e o § 4º do artigo 28 da Resolução do CEPE 0080/2017 de 18/04/2017.

() PESSOA COM DEFICIÊNCIA

() Baixa Visão	() Deficiência Auditiva
() Surdocegueira	() Deficiência intelectual
() Autismo	() Surdez
() Cegueira	() Deficiência Múltipla
() Deficiência Física	() Outras Necessidades

Nº de ordem da disciplina	Nome da Disciplina
01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	

****OBS: Esse formulário deve vir acompanhado do formulário do SEI Aluno Especial – Parecer.**

RECIBO

***Preenchimento exclusivo da Secretaria de Pós-graduação do IG, ou dos Postos Avançados – SAA** _____/_____/_____.

Recebi do(a) discente, Mat.: / , solicitação referente à Matrícula como Aluno Especial.

Carimbo / Assinatura do(a) servidor(a)