

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE EQUIVALÊNCIA DE DISCIPLINAS CURRICULARES E DE AUTORIZAÇÃO PARA INCLUSÃO (Anexo I da Resolução nº 472/CONSEA/2017)

Antes do preenchimento, leia as seguintes instruções:

- Tenha conhecimento da Resolução nº 472/CONSEA/2017;
- Preencha os dados completamente;
- Escreva de forma legível;
- Anexe as ementas das disciplinas;
- A partir do item 3 não preencha nada.

| | |
|----------------------------------|----------------------------|
| 1- IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO | |
| NOME: _____ | |
| CURSO: _____ | Nº MATRÍCULA: _____ |
| E-mail: _____ | TELEFONE: _____ |

Ao Colegiado do Curso de _____
Venho solicitar a análise de equivalência das disciplinas relacionadas no item 2, ofertadas pelo(s) Departamento(s) _____, bem como a autorização para solicitar inclusão da(s) que for(em) equivalente(s) junto ao(s) Departamento(s) de oferta dela(s).
Data: ___/___/___ Assinatura: _____

| 2- RELAÇÃO DE EQUIVALÊNCIA (No caso de solicitação de análise de equivalência para uma mesma disciplina, nos termos do Art.10 da Resolução xx/CONSEA/2017), preencher abaixo considerando a ordem de prioridade) | | | | | |
|---|--------------------|---------------|----------------|------------------------|---------------|
| ORIGEM | | | DESTINO | | |
| Código | Nome da Disciplina | Carga Horária | Código | Disciplina/Denominação | Carga Horária |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| 3- RESULTADO DO REQUERIMENTO (Para uso da Chefia do Departamento, que deverá marcar uma única opção sobre o resultado do requerimento: a ou b) a) () A chefia do Departamento informa que o pedido foi analisado em sede de Conselho de Departamento no dia ___/___/___, da seguinte forma: | | | | | |
|--|--|-------------|---------------------|--------------------------|------------------------------|
| Código | Nome da Disciplina (preencher a relação de disciplinas da 5ª coluna da tabela do item 2) | Equivalente | Não há equivalência | Autorizada para inclusão | Não autorizada para inclusão |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Data: ___/___/___ Assinatura e carimbo da chefia do Departamento: _____ | | | | | |
| b) () A chefia do Departamento informa que o pedido não foi conhecido por não cumprir as exigências protocolares, conforme norma interna em vigor. Data: ___/___/___ Assinatura e carimbo da chefia do Departamento: _____ | | | | | |