|  |
| --- |
| **SOLICITAÇÃO DE QUEBRA DE PRÉ-REQUISITO** |
| INSTRUÇÕES: Preencha corretamente todos os dados abaixo, gere um pdf desse documento, realize a assinatura digital e envie para o e-mail sig.cts.ara@contato.ufsc.br com o assunto *[Solicitação]Quebra de Pré-Requisito– Seu nome completo* anexando ao e-mail o documento comprobatório (Histórico e Espelho de matrícula. O prazo máximo para essa solicitação é de 03 (três) dias úteis a partir do inicio das aulas. Ajuda para a assinatura: <https://e.ufsc.br/ajuda/como-assinar-um-documento-pdf-digitalmente-usando-o-siscd-online/> |
| DADOS DO REQUERENTE |
| NOME | Insira seu nome completo aqui |
| MATRÍCULA | Somente números | **CPF** | Somente números |
| CURSO | Escolha um item | **TELEFONE** | (00) 00000-0000 |
| E-MAIL | Cuidar pasta de SPAM |
| DISCIPLINAS QUE DESEJA VALIDAR |
| QUEBRA DAS DISCIPLINAS A SEGUIR  | **PARA CURSAR** |

|  |  |
| --- | --- |
| XXX0000 – Nome completo da disciplina | XXX0000 – Nome completo da disciplina |
| ... | ... |
| ... | ... |
| ... | ... |
| JUSTIFICATIVA | Obrigatória a justificativa do seu pedido. |

Ainda, estou ciente que não estarei matriculado(a), em carga horária semanal inferior a mínima do curso.

 Selecione a data aqui

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Assinatura do(a) aluno(a) requerente |  | Data |

 Selecione a data aqui

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Recebido por: |  | Data |

|  |
| --- |
| PARECER DO COLEGIADO |
| Digite aqui o parecer: |