

# SAÚDE DA FAMÍLIA - PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA REQUERIMENTO

## PAB3

**Entregar Pessoalmente ou Enviar por Sedex c/ AR para:** Protocolo da Unifesp - A/C PROEX - Secretaria do Curso de Especialização em Saúde da Família - Rua Sena Madureira, 1500 - Térreo - Vila Clementino - São Paulo - SP - 04021-001

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Telefone Fixo: ( ) \_\_\_\_\_

Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Tutor(a): \_\_\_\_\_

### Requer a Coordenação do Curso o item

Anexar documentos que  
comprovem a(s) solicitação(ões)

( ) Alteração de dados pessoais

( ) Justificativa de falta no Encontro Presencial. (*Quando solicitado pela Coordenação*)

( ) Pedido de desligamento do Curso

( ) Revisão de nota

( ) Especificar \_\_\_\_\_

( ) Solicitação de Avaliação Substitutiva

( ) Especificar \_\_\_\_\_

( ) Outro

( ) Especificar \_\_\_\_\_

Justificar a solicitação: (*Preencher com clareza o item*)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura do aluno(a): \_\_\_\_\_

Por decisão da Coordenação Geral do Curso, o pedido foi ( ) Deferido ( ) Indeferido

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Coordenador(a)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_