

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA REQUERIMENTO

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: _____

Endereço Residencial: _____

Município: _____ CEP: _____

Telefone Fixo: () _____ Celular: () _____

Email: _____

Tutor(a): _____ Oferta: () 1^a () 2^a () 3^a

Requer a Coordenação do Curso o item

- () 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): _____