

## MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE

### REQUERIMENTO PARA CONVALIDAÇÃO DE DISCIPLINA

Em conformidade com o Capítulo IX, artigo 25 do Regulamento do Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde, eu, ....., aluno(a) regularmente matriculado(a) no curso, venho solicitar a convalidação da disciplina .....

....., cursada [ ] na Univás, como aluno(a) especial do Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde.

[ ] na Univás, como ex-aluno(a) regular do Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde.

[ ] na seguinte Instituição de Ensino: ....., no

Mestrado ..... (anexar declaração da instituição informando: o nome e o documento de reconhecimento do Programa; o nome da disciplina e o(s) professor(es) ministrante(s); carga horária; data de início e de término em que o aluno cursou a disciplina, a frequência e o conceito obtido).

Pouso Alegre, ...../...../.....

.....  
Assinatura do(a) aluno(a)

#### INFORMATIVO DA SECRETARIA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU

A disciplina informada pelo(a) aluno(a):

[ ] foi cursada na Univás, no ..... semestre de ....., como aluno ..... do Mestrado

..... obtendo o conceito ..... . O Plano de Ensino encontra-se anexo.

[ ] não consta nos arquivos como cursada ou concluída na Univás.

[ ] foi cursada em instituição externa, conforme documentação anexa.

...../...../.....  
Data

.....  
Assinatura do(a) Secretário(a)

#### PARECER DO ORIENTADOR DO(A) ALUNO(A)

Sou [ ] favorável ao deferimento

[ ] contrário ao deferimento pelo(s) motivo(s):

...../...../.....  
Data

.....  
Assinatura do(a) Orientador(a)

#### PARECER DO COLEGIADO DO CURSO

O Colegiado do Curso de Mestrado Profissional, no uso de suas atribuições,

[ ] defere o requerido sem ressalvas.

[ ] indefere o requerido pelo(s) motivo(s):

...../...../.....  
Data

.....  
Assinatura do(a) Presidente(a)