

|  | **UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  **CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA** | UFPB_04 |
| --- | --- | --- |

**REQUERIMENTO DE TRANCAMENTO DE DISCIPLINA**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) regularmente matriculado(a) no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PPGSF) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), matrícula nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho requerer junto ao (à) Coordenador(a) do PPGSF, o trancamento da disciplina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pelo(s) motivo(s) abaixo descrito(s):

João Pessoa, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nestes termos, peço deferimento.

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

Assinatura do mestrando/a ou doutorando/a

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

Assinatura do/a orientador/a