



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Terapia Ocupacional
Coordenação do Curso



ANEXO B

SOLICITAÇÃO DE TRANCAMENTO PARCIAL

Eu, abaixo assinado, solicito o trancamento parcial na(s) disciplina(s) a seguir:

Nome do solicitante: _____

Nº de Matrícula: _____ e-mail: _____

Curso de origem: TERAPIA OCUPACIONAL (CÓDIGO 212)

Telefone/Ramal do Curso: (55) 3220 - 9584

Curso onde pretendo cursar as Disciplinas: _____.

Disciplinas a serem trancadas:

CÓDIGO	NOME

Cidade de _____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do aluno