**Requerimento de Matrícula em Disciplina Isolada**

Nome completo:

CPF:

Data de Nascimento:

E-mail:

Telefone:

|  |  |
| --- | --- |
| INFORMAÇÕES DA DISCIPLINA | PARA USO DA SECRETARIA |
| CÓDIGO DA DISCIPLINA | CÓDIGO DA TURMA | CÓDIGO DA DISCIPLINA DE PRÉ-REQUISITO (SE HOUVER) | ASSINATURA DO PROFESSOR | ASSINATURA DO CHEFE DE DEPARTAMENTO |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

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

Assinatura do requerente

**OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:**

1. **Juntar cópia simples de comprovante de residência e de documento de identificação oficial com foto (RG, CNH, Carteira de Registro Profissional, Carteira de Trabalho, Passaporte, RNE) a esse requerimento e enviar para a Secretaria do Departamento de Saúde Pública (****spb@contato.ufsc.br****).**
2. **Caso a disciplina tenha exigência de pré-requisito é necessário enviar comprovante de cumprimento do mesmo para conferência pela Secretaria do Departamento.**
3. **Aumente o número de linhas da tabela para informar disciplinas, se necessário.**