**REQUERIMENTO DE RECURSO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do estudante: | | | CPF: | |
| CURSO EM QUE ESTÁ MATRICULADO:  (  )Administração (  )Computação Gráfica  (  )Finanças   (  )Gestão Pública (  )Gestão Comercial  (   ) Gestão Pública  (  )Redes de Computadores (   ) Pedagogia  MODALIDADE/SISTEMA DE ENSINO  (  ) Concomitante (  ) Subsequente Presencial   (   ) Graduação Presencial  (   ) Subsequente EAD   (  ) Graduação EaD | | | | Período:  ( )1° Período ( )2° Período  ( )3° Período ( )4° Período  ( )5° Período ( )6º Período |
| Venho requerer da Comissão a revisão da análise de minha inscrição no referido Programa da Assistência Estudantil, pelos motivos abaixo relacionados: | | | | |
| ASSINATURA DO ESTUDANTE | | | | |
| ASSINATURA DO RESPONSÁVEL (caso aluno esteja menor) | | | | |
| LOCAL/DATA: | | | | |