**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 (   ) PedagogiaMODALIDADE/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: |