|  |  |
| --- | --- |
|  | **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  **CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**  Área de Concentração: Fisioterapia e Desempenho Funcional  Via Washington Luís, Km 235 - CEP. 13.565-905 - SÃO CARLOS - SP  TEL: (16) 3351-8448. *E-mail*: [**ppgft@ufscar.br**](mailto:ppgft@ufscar.br) |

São Carlos, de de 20 .

SOLICITAÇÃO DE RECONHECIMENTO DE CRÉDITOS EXTERNOS

Eu, , solicito à Comissão do Programa de Pós- Graduação em Fisioterapia (CPG/PPGFt) que os créditos que cursei no (Mestrado/Doutorado) do Programa de Pós-Graduação em da

(colocar o nome da Instituição), sejam reconhecidos para o (Mestrado/Doutorado) do PPGFt, onde sou estudante regular.

As cópias das ementas das disciplinas seguem em anexo.

Segue também o(s) nome(s) da(s) disciplina(s) que solicito o reconhecimento, com o ano de conclusão, frequência, número de créditos e o conceito obtido, respectivamente.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome da Disciplina** | **Ano de Conclusão** | **Frequência** | **Créditos** | **Conceito** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Assinatura do(a) estudante

*(apenas assinaturas eletrônicas validadas pelo serviço ITI do Governo Federal)*

Declaro à Comissão do PPGFt que estou ciente da solicitação do(a) meu(minha) orientando(a).

Prof.(a). Dr.(a). Nome do(a) Orientador(a)

*(apenas assinaturas eletrônicas validadas pelo serviço ITI do Governo Federal*