|  |  |
| --- | --- |
|  | **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** |

São Carlos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

***Ref.: Solicitação de reconhecimento de créditos externos.***

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito ao Conselho do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia 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 aluno(a) 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 Aluno

Declaro ao Conselho do PPGFt que estou ciente da solicitação do(a) meu(minha) orientando(a).

Informo que as disciplinas cursadas estão de acordo com a Área de Concentração do PPGFt.

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

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