|  | **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: (016) 3351-8448. E-mail: **ppgft@ufscar.br** |
| --- | --- |

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

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

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito ao Conselho do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia que os créditos que cursei no \_\_\_\_\_\_\_\_\_ do Programa de Pós-Graduação em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da (colocar o nome da Instituição), sejam reconhecidos para o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, onde sou aluno(a) regular neste PPG-Ft.

Solicito também o reconhecimento do exame de proficiência em língua inglesa realizado em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_.

Cópia do histórico escolar do mestrado segue em anexo.

Segue o nome das disciplinas que solicito o reconhecimento, com o ano de conclusão, frequência, número de créditos e o conceito obtido, respectivamente.

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

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

Nome do Aluno

Declaro ao Conselho do PPG-Ft 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 PPG-Ft. (Obs. Este parágrafo serve apenas para os alunos que não cursaram o Mestrado no PPG-Ft).

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

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