Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Débora Rodrigues Vaz

Coordenadora do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Eu, . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Nº USP . . . . . . formado(a) no ano de . . . . . venho solicitar autorização para (re)ingresso no Curso de Licenciatura a partir do . . . semestre de 20. . .

Justificativa: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

São Paulo, . . . . de. . . . . . . . . . . . . .de 20. . . . .

. . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . .

Assinatura do aluno

Dados para Contato:

Telefone residencial: . . . . . . . . . . . . . . . .

Telefone celular: . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

E-mail(s): . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

À Presidente da Comissão de Graduação

**Prof.ª Dr.ª Valéria Marli Leonello**

Venho, pelo presente requerimento, apresentar o plano de estudos do (a) aluno (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº USP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para reingresso no Curso de Licenciatura em Enfermagem a partir do \_\_\_\_\_ semestre de 20\_\_\_\_\_.

Para ciência desta Comissão, declaro que o (a) aluno (a) foi informado (a) quanto à necessidade de cumprir as disciplinas relacionadas a seguir, no (s) semestre (s) indicado (s) no quadro abaixo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Código**  | **Disciplina**  | **CH** | **Semestre** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Atenciosamente,

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

**Prof.ª Dr.ª Débora Rodrigues Vaz**

Coordenadora da CoC Licenciatura

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

Aluno (a):(nome completo e assinatura)