

ALUNO ESPECIAL

| | | |
|-------------------------------------|-----------|------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO(A) ALUNO(A) | | |
| Nome completo: | | Matrícula: |
| Endereço: | | CEP |
| E-mail: | Telefone: | Celular: |

SOLICITAÇÃO / TERMO DE NOTIFICAÇÃO

Graduação: solicito admissão como aluno especial nesta Universidade, para o período letivo __/____, a fim de cursar a(s) disciplina(s) informada(s), em anexo, estando notificado de que, caso já tenha cursado 08 (oito) disciplinas ou 02 (dois) período como aluno especial, minha matrícula será automaticamente cancelada, não havendo, em qualquer hipótese, resituação das taxas pagas.

Pós – Graduação: solicito admissão como aluno especial nesta Universidade, para o período letivo __/____, a fim de cursar a(s) disciplina(s) informada(s), em anexo, de acordo com o artigo 21 e o § 4º do artigo 28 da Resolução do CEPE 0080/2017 de 18/04/2017.

OBS: recomendamos acessar o link abaixo, referente as taxas:
<http://saa.unb.br/v-taxas>

PESSOA COM DEFICIÊNCIA

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Baixa Visão <input type="checkbox"/> Surdocegueira <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Cegueira <input type="checkbox"/> Deficiência Física | <input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual <input type="checkbox"/> Surdez <input type="checkbox"/> Deficiência Múltipla <input type="checkbox"/> Outras Necessidades |
|--|---|

| Nº de ordem da disciplina | Nome da disciplina |
|---------------------------|--------------------|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |
| 9 | |
| 10 | |

****OBS: Esse formulário deve vir acompanhado do formulário do SEI Aluno Especial – Parecer.**

| | |
|--|----------------|
| RECIBO | |
| *Preenchimento exclusivo dos Postos Avançados – SAA | |
| | ____/____/____ |
| Recebi do(a) discente, mat. ____/____, solicitação referente ao Aproveitamento de Estudos. | |
| _____ Carimbo / Assinatura do(a) servidor(a) | |