Universidade Federal Fluminense

Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa

Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde



 ,



**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE DECLARAÇÃO E DOCUMENTOS DIVERSOS**

|  |
| --- |
| Nome do Requerente |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Matrícula | Semestre | Turma | Data de Nascimento |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Identidade | Órgão Expedidor | CPF |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | - |  |  |

|  |
| --- |
| Endereço: |
|  |
| Nº. | Complemento | Cidade | Estado |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Telefone: | Celular: |
| E-mail: |

|  |
| --- |
| Objeto do Requerimento |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Esclarecimentos (justificar a solicitação) |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Data da solicitação | Assinatura do requerente |
| \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |  |
| Data do Recebimento | Recebimento pelo requerente |
| \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |  |

Obs.:

1. Todos os campos devem ser preenchidos. Em caso de declaração de disciplina, **citar o nome da disciplina, o ano e o semestre em que cursou;**
2. O requerimento deve ser devolvido e arquivado na Coordenação do PACCS devidamente assinado;
3. A declaração é válida por 30 dias, sendo a mesma destruída findado o prazo;
4. **O prazo mínimo previsto para entrega da declaração é de 07 dias úteis.**