



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Secretaria de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde

Fone: (61) 3107-1753

e-mail: spgfsacad@unb.br

SOLICITAÇÃO DE RETIRADA DE DISCIPLINAS

PERÍODO LETIVO: _____

Discente: _____

Mestrado Profissionalizante

Matrícula: _____

Mestrado

Doutorado

Programa de Pós-Graduação em:

Bioética

Enfermagem

Saúde Coletiva

Ciências da Saúde

Nutrição Humana

Saúde Coletiva – MP

Ciências Farmacêuticas

Odontologia

Outro Programa da UnB: _____

Mestrado Profissionalizante

Mestrado

Doutorado

E-mail: _____

Código(s)	Turma	Disciplina(s)

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Aluno