



# UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Secretaria de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde

Fone: (61) 3107-1753

e-mail: [spgfsacad@unb.br](mailto:spgfsacad@unb.br)

## SOLICITAÇÃO DE **RETIRADA** DE DISCIPLINAS

PERÍODO LETIVO: \_\_\_\_\_

**Discente:** \_\_\_\_\_

**Matrícula:** \_\_\_\_\_

☐ Mestrado Profissionalizante

☐ Mestrado

☐ Doutorado

**E-mail:** \_\_\_\_\_

### Programa de Pós-Graduação em:

☐ Bioética

☐ Enfermagem

☐ Saúde Coletiva

☐ Ciências da Saúde

☐ Nutrição Humana

☐ Saúde Coletiva – MP

☐ Ciências Farmacêuticas

☐ Odontologia

Código(s)	Turma	Disciplina(s)

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Aluno