



Ministério da Educação  
Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Departamento de Terapia Ocupacional  
Coordenação do Curso



## ANEXO A

### SOLICITAÇÃO DE MATRÍCULA EXTRACURRICULAR

Eu, abaixo assinado, solicito matrícula na(s) disciplina(s) a seguir com a anuência do Coordenador do curso a que estou vinculado.

Nome do solicitante: \_\_\_\_\_

Nº de Matrícula: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Curso de origem: TERAPIA OCUPACIONAL (CÓDIGO 212)

Telefone/Ramal do Curso: (55) 3220 - 9584

Curso onde pretendo cursar as Disciplinas: \_\_\_\_\_.

Disciplinas solicitadas:

CÓDIGO	NOME	TURMA	Ordem de Preferência
			1ª
			2ª
			3ª

Cidade de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do aluno

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Coordenador