



Ministério da Educação  
Universidade Federal de Santa Maria - UFSM  
Centro de Ciências da Saúde  
**Mestrado Profissional em Ciências da Saúde**

### 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/Programa de origem: \_\_\_\_\_

Telefone/Ramal do Curso : \_\_\_\_\_

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

Disciplinas solicitadas:

NOME DA DISCIPLINA	DIA DA SEMANA E HORÁRIO	Ordem de Preferência
		1ª
		2ª

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Supervisor do PRM

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Coordenadora da COREME

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Coordenadora do MPCs