

Nome: _____ **Nº USP:** _____

Curso:_____ **Telefone:**_____

E-mail:_____ **Disciplina:**_____

Professor responsável: _____

Requer_____

Nestes termos, pede deferimento.

Ribeirão Preto, ____ de ____ de ____.

Assinatura do aluno

Para uso da Secretaria do Departamento de Contabilidade:

Encaminhe-se a _____

Data: / / Func:

Chefia do Departamento/Coordenação do Curso:

() Deferido () Indeferido

Assinatura do chefe