

Controle Adm. Interno:

RA: \_\_\_\_\_ Nº. de créditos cursados: \_\_\_\_\_ Status: \_\_\_\_\_

Data de ingresso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**REQUERIMENTO DE VALIDAÇÃO DE CRÉDITOS OPTATIVOS**

<input type="checkbox"/> Artigos Publicados: Periódico: ( ) A1 ( ) A2 ( ) B1 ( ) B2 ( ) B3 / B4 / B5	<input type="checkbox"/> Apresentação em Congresso ( ) Oral ( ) Pôster ( ) Nacional ( ) Internacional
<input type="checkbox"/> Participação em Reuniões de Disciplinas	<input type="checkbox"/> Participação em Congresso (ouvinte) ( ) Nacional ( ) Internacional
<input type="checkbox"/> Disciplina cursada em outra instituição	<input type="checkbox"/> Defesa Assistida - Data: ____/____/____
<input type="checkbox"/> Aula Ministrada	
<input type="checkbox"/> Assessoria Bioestatística, Epidemiologia e/ou Delineamento de estudo	

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_,  
aluno regular do curso de ( ) **MESTRADO** / ( ) **DOUTORADO** do Programa de Pós-Graduação  
em Ciências da Saúde do Centro Universitário FMABC, tendo como orientador(a) o(a) Prof.(a)  
Dr.(a) \_\_\_\_\_, venho por meio deste documento requerer a  
validação de meus créditos, conforme documentação anexada.

Santo André, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Aluno(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Orientador(a)

Para uso exclusivo da secretaria

Observações:

**Parecer: ( ) Concedido ( ) Indeferido**

\_\_\_\_\_  
Coordenação do Programa de Pós-Graduação