**AUTORIZAÇÃO PARA REQUERIMENTO DE MATRÍCULA EM DISCIPLINAS ADICIONAIS**

**PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO EM XXXXXXXXXX**

|  |  |
| --- | --- |
| Acadêmico: |  |
| Curso: |  |
| Orientador: |  |
| Semestre: |  |

### DISCIPLINAS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Código** | Nome da Disciplina | Assinatura do Prof. Responsável pela Disciplina |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Lages, \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_.

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Orientador |