**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

**ESCOLA DE ENGENHARIA DE SÃO CARLOS**

### Serviço de Graduação

# REQUERIMENTO DE APROVEITAMENTO DE ESTUDOS

**Estudante:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Nº USP**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Forma de ingresso no curso atual:** ( )Vestibular ( )Transferência ( )Graduado ( )PEC-G

**Unidade/IES onde cursou a(s) disciplina(s):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Código/Sigla** | **Disciplina Cursada** |
|  |  |
| Semestre (1º ou 2º) | Ano | Frequência | Nota | Créditos | Carga Horária |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Código/Sigla** | **Disciplina Cursada** |
|  |  |
| Semestre (1º ou 2º) | Ano | Frequência | Nota | Créditos | Carga Horária |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Código/Sigla** | **Disciplina Cursada** |
|  |  |
| Semestre (1º ou 2º) | Ano | Frequência | Nota | Créditos | Carga Horária |
|  |  |  |  |  |  |

**Solicita aproveitamento de estudos com disciplina equivalente do seu curso na EESC/USP:**

**( ) Obrigatória ( ) Optativa Eletiva ( ) Optativa Livre**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Código/Sigla** | **Disciplina** | **Créditos** | **Carga Horária** |
|  |  |  |  |

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura do aluno

**================================================================================**

**Manifestação do Departamento, conforme Resolução CoG nº 6612 de 13/09/2013:**

**( ) Esta análise pode ser utilizada para os demais casos iguais, que envolvam as mesmas disciplinas.**

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) Favorável | ( ) Contrário *- justificar no verso deste requerimento* |
| ( ) Condicional à realização de prova de avaliação específica. Entrar em contato com o/a docente. E-mail: Telefone:  |
| **DOCENTE: Assinatura: Data: / /**  |
|  |
| **CONSELHO DO DEPARTAMENTO:** |
| **Data: / / Assinatura:** |