



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE COORDENAÇÃO DO CURSO  
DE FISIOTERAPIA**



**FORMULÁRIO: ABREVIÇÃO DO CURSO**  
(RESOLUÇÃO 16/2015 – Título XX – Capítulo I)

Sr.(a) Coordenador(a) do Curso de Fisioterapia,

Eu, \_\_\_\_\_ aluno(a) regularmente matriculado(a) no Curso de Fisioterapia, sob matrícula \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_, vem solicitar abreviação de curso, pelos motivos expostos abaixo. E, de acordo com a resolução, apresento também a proposta de abreviação.

**I. Justificativa:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**II. Proposta de Abreviação (anexar)**

João Pessoa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) aluno(a)