



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



FORMULÁRIO: ABREVIÇÃO DO CURSO
(RESOLUÇÃO 29/2020 – Título XI, Capítulo II, art. 178)

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

Eu, _____, aluno(a) regularmente matriculado(a) no Curso de Fisioterapia, sob matrícula _____, e-mail _____, vem requerer 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)