À Coordenação do Curso de Terapia Ocupacional / CCS / UFPB.

Eu, , aluno(a) regularmente matriculado (a) neste Curso de Terapia Ocupacional / CCS / UFPB, sob o n° de Matrícula , venho requerer desta Coordenação o **aproveitamento da optativa de livre escolha:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Código** | **Optativa de livre escolha** |
|  |  |

Nestes Termos,

Peço Deferimento.

João Pessoa - PB, de de .

Assinatura do(a) Aluno(a)