



# PPGBMC

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM BIOLOGIA MOLECULAR E CELULAR



Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS  
Instituto Biomédico - IB

## REQUERIMENTO EXCLUSÃO DE DISCIPLINA NO PPGBMC

Nome do discente:

Matrícula:

CPF:

## Carteira de Identidade:

Telefone:

E-mail:

Venho por meio deste documento, solicitar ao Colegiado do PPGBMC a Exclusão da Disciplina \_\_\_\_\_ código \_\_\_\_\_ referente ao semestre \_\_\_\_\_.

Caso seja necessário, para melhor detalhar o pedido justifique abaixo:

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Eu, XXXXXXXXXXXXXXX, orientador do discente XXXXXXXXXXX, concordo com a exclusão da disciplina.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_



**PPGBMC**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM BIOLOGIA MOLECULAR E CELULAR



Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS  
Instituto Biomédico - IB