



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UNIRIO)
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESCOLA DE MEDICINA E CIRURGIA

REQUERIMENTO

NOME:

MATRÍCULA:

PERÍODO:

SOLICITAÇÃO DE ABERTURA DE CONVÊNIO:

Instituições: UNIRIO e _____
(Instituição de destino)

Contato (a quem endereçar a solicitação na Instituição destino):

Nome Completo:

Cargo e Setor:

Endereço completo com CEP:

Telefones:

Email:

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do (a) Requerente



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UNIRIO)
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE (CCBS)
ESCOLA DE MEDICINA E CIRURGIA (EMC)

PROTOCOLO (VIA DO ALUNO / REQUERENTE)

Período: _____

Centro: CCBS

Semestre/Ano: ____/20____.

Rubrica Funcionário: _____

Aluno (requerente): _____

Solicitação: _____

Data: ____/____/20____.

Matrícula : _____

Prazos e Instruções:

- ✓ Prazo para parecer da Coordenação do Curso: 5 dias úteis, SUJEITO À PRORROGAÇÃO;
- ✓ Prazo para envio de solicitação de abertura de convênio para a PROGRAD/DDRU : 5 dias úteis após o parecer;
- ✓ Favor entrar em contato com a PROGRAD/DDRU (Sr Antônio Carlos), 20 dias úteis após a solicitação.
- ✓ Contatos DDRU: 2542-7957 e ddru@unirio.br