



Universidade Federal do Rio de Janeiro  
CCMN  
INSTITUTO DE  
FÍSICA

REQUERIMENTO PARA ASSUNTOS ACADÊMICOS N : \_\_\_\_\_

|           |         |
|-----------|---------|
| Nome:     |         |
| Telefone: | E-mail: |
| Curso:    | DRE:    |

O abaixo assinado requer ao Sr. Diretor do Instituto de Física:

**Exclusão de disciplina.**

Justificativa da solicitação: (informar: nome, período, turma e professor da(s) disciplina(s))

Data:    /    /

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente

**Parecer do professor orientador:**

Data:    /    /

\_\_\_\_\_  
Assinatura do professor