



Modelo 1.10

[Pedido de Equivalência de Cadeiras Frequentadas em outras Faculdades]

Exmo (a) Senhor (a) Vice-Reitor (a) Académico (a) da Universidade Licungo

DESPACHO	
Não autorizo	Autorizo
Data ____/____/____ Assinatura _____	Data ____/____/____ Assinatura _____

Nome completo _____, de
nacionalidade _____, de _____ anos de idade,
portador de BI nº _____, emitido em _____,
aos ____/____/____, estudante da Universidade Licungo (Sede/Extensão)

_____,
Faculdade/Escola/Instituto de _____ inscrito sob
número _____, no Curso de _____ regime Laboral
(); Pós-laboral (), EAD(), _____ ano, vem mui respeitosamente requerer a
V.Excia se digne autorizar a atribuição de equivalência das cadeiras
de: _____

_____,
do curso de _____, do _____ ano
por motivo de: _____

