

Departamento de Contabilidade

Nome: _____ N° USP: _____

Curso: _____ Telefone: _____

E-mail: _____ Disciplina: _____

Professor responsável: _____

Requer _____

Nestes termos, pede deferimento.

Ribeirão Preto, ____ de ____ de ____.

Assinatura do aluno

Para uso da Secretaria do Departamento de Contabilidade:

Encaminhe-se a _____

Data: ____/____/____ Func: _____

Chefia do Departamento/Coordenação do Curso:

() Deferido () Indeferido _____

Assinatura do chefe