



**FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO E APROVAÇÃO DO PLANO DE ESTUDOS PARA PROGRAMA DE MOBILIDADE DE ALUNOS DE GRADUAÇÃO ENTRE A PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS E A UNIVERSIDADE DE \_\_\_\_\_.**

Nome do Estudante: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_

Período previsto do intercâmbio: \_\_\_\_\_ de 20\_\_ a \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Nº de matrícula: \_\_\_\_\_

Instituição de Destino: \_\_\_\_\_ País de Destino: \_\_\_\_\_

Idioma de Ensino: \_\_\_\_\_

Nº do passaporte: \_\_\_\_\_

Telefone fixo: \_\_\_\_\_

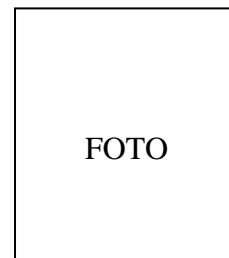
Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Naturalidade/Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_



FOTO

**FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO E APROVAÇÃO DO PLANO DE ESTUDOS PARA PROGRAMA DE MOBILIDADE DE ALUNOS DE GRADUAÇÃO ENTRE A PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS E A UNIVERSIDADE DE \_\_\_\_\_.**

**PLANO DE ESTUDO PROPOSTO (Nome do aluno): \_\_\_\_\_**

Nome da disciplina	Nº de Créditos	Disciplina passível de aproveitamento?	
		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
350015 – ENFERMERIA COMUNITARIA II	7,5	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
350023 – ENFERMERIA COMUNITARIA III	14	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
350027 – ADMINISTRACION SERVIÇOS DE ENFERMERIA	07	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
350027 – EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LA COMUNIDAD	4,5	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

Para cada disciplina listada deverá ser anexada a respectiva ementa ou descrição do curso.

Assinatura do Estudante

\_\_\_\_\_  
Data:        /        /

A Direção do Departamento de \_\_\_\_\_ a Coordenação do Curso de \_\_\_\_\_ aprovam o plano de estudo relacionado acima e autorizam a participação da estudante supra citado no programa internacional de mobilidade estudantil.

Assinatura do Diretor(a) do Departamento

Assinatura do Coordenador(a) do Curso

Data:        /        /

Data:        /        /

**Comentários adicionais sobre o aproveitamento das disciplinas:** (Se necessário, utilizar uma folha adicional)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_