****

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - UDESC**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO ESPORTE - CEFID**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DO MESTRADO EM FISIOTERAPIA**

Florianópolis, (dia) de (mês) de (ano).

Ilmo. Sr.

Profª Drª Stella Maris Michaelsen

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia

**VALIDAÇÃO DE DISCIPLINAS**

Eu, (nome), aluno (a) regular do Curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia, venho solicitar a validação da(s) seguinte(s) disciplina (s):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Disciplina(s)** | **Professor** | **Curso/IES** | **Créditos** | **Período** |
|  |  |  |  |  |

Segue em anexo o certificado da(s) disciplina(s) realizada(s).

Atenciosamente,

**JUSTIFICATIVA DE VALIDACÃO DE DISCIPLINA(S)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(coloque o nome do orientador(a))**  **Orientador(a)** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(coloque o nome do aluno(a))**  **Mestrando (a)** |