



Protocolo nº _____/_____/_____

Data _____/_____/_____

CERTIFICAÇÃO DE CONHECIMENTOS ANTERIORES

Aluno:
Curso: Série:
Fone:
Email:

Solicito a dispensa do(s) componente(s) curricular(es) abaixo indicado(s) por meio de realização de avaliação(ões) de conhecimentos de anteriores:

1. _____
2. _____
3. _____

Paranavaí-PR, _____/_____/_____

Assinatura do aluno e/ou responsável

CORTAR

CORTAR

PROTOCOLO DE CERTIFICAÇÃO DE CONHECIMENTOS ANTERIORES

Protocolo nº _____/_____/_____

Data _____/_____/_____

Aluno: Série:

1. _____
2. _____
3. _____

Consulte o andamento de seu protocolo através do site: paranavai.ifpr.edu.br/protocolo

Setor de Protocolo



