**REQUERIMENTO** **PARA** **INSCRIÇÃO** **NO** **PROGRAMA ANDIFES DE MOBILIDADE ACADÊMICA**

**DISCENTES DE OUTRAS IFES PARA A UFSCar**

1. O(a) discente abaixo identificado(a), regularmente matriculado na **DIGITE A SIGLA E O NOME DA INSTITUIÇÃO** apresenta-se para requerer participação no Programa ANDIFES de Mobilidade Acadêmica na Universidade Federal de São Carlos**,** no Escolher um item. período letivo de 2024.

2. Dados Pessoais:

|  |
| --- |
| Nome: Clique para digitar |
| Nome Social: Clique para digitar | Cor/Raça: Clique para digitar |
| Curso: Clique para digitar | Campus: Clique para digitar | Matrícula: Clique para digitar |
| Tel.: Clique para digitar | RG: Clique para digitar | CPF: Clique para digitar |
| E-mail: Clique para digitar | E-mail alternativo: Clique para digitar |

2.1 Justificativa para sua participação no Programa ANDIFES de Mobilidade Acadêmica na UFSCar.

Clique para digitar

3. Plano de Estudos que deseja realizar na **UFSCar**:

*Se forem necessárias mais linhas, adicione ao final da tabela.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Disciplina desejada na UFSCar****(código e título)** | **Disciplina equivalente na****IFES DE ORIGEM****(código e** **título)** | **Caráter** **da** **disciplina na ORIGEM (obrigatória** **ou** **optativa)** |
| Clique para digitar | Clique para digitar | Clique para digitar |
| Clique para digitar | Clique para digitar | Clique para digitar |
| Clique para digitar | Clique para digitar | Clique para digitar |
| Clique para digitar | Clique para digitar | Clique para digitar |
| Clique para digitar | Clique para digitar | Clique para digitar |
| Clique para digitar | Clique para digitar | Clique para digitar |
| Clique para digitar | Clique para digitar | Clique para digitar |

**Declaração:**

Declaro estar ciente das normas do Termo de Convênio do Programa ANDIFES de Mobilidade Acadêmica e, por estar apto a participar, peço deferimento à minha solicitação, anexando a este formulário cópias dos documentos solicitados pela UFSCar.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: Selecione

 Assinatura do(a) discente

 (via [gov.br](https://assinador.iti.br/))

4. APROVAÇÃO da Coordenação do Curso de ORIGEM quanto ao Plano de Estudos proposto

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Nome do(a) Coordenador(a) | ASSINATURA(via [gov.br](https://assinador.iti.br/)) |
| Clique para digitar | Clique para digitar |  |

5. APROVAÇÃO da Coordenação do Programa de Mobilidade Acadêmica da Instituição de ORIGEM, quanto ao atendimento das regras do Programa ANDIFES e a autorização do discente para realizar a mobilidade.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Nome do(a) Coord. de Mobilidade da Instituição de Origem | ASSINATURA(via [gov.br](https://assinador.iti.br/)) |
| Clique para digitar | Clique para digitar |  |