



INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
RIO GRANDE DO NORTE

CÂMPUS EAD
DIRETORIA ACADÊMICA
SECRETARIA ACADÊMICA

REQUERIMENTO PARA CERTIFICAÇÃO DE CONHECIMENTOS

Senhor(a) Diretor(a) Acadêmico(a):

Eu, _____, matrícula _____,
aluno(a) do curso _____, polo _____,
telefone(s): (____) _____ / (____) _____, e-mail: _____,
venho requerer a V. Sa. a realização de prova de Certificação de Conhecimentos para as seguintes disciplinas:

Nome da disciplina	Data de realização	Resultado

Observações: _____

Natal, ____ de _____ de _____.

Assinatura do aluno ou responsável

Encaminhamentos: _____

Data: ____ / ____ / _____ **Assinatura:** _____