## REQUERIMENTO DE

## EXAME DE UNIVERSO IURE

**Sr. Diretor**

|  |  |
| --- | --- |
| Eu, abaixo assinado | |
| Nome: | Matrícula: |
| Endereço: | |
| E-mail: | Telefone: |

tendo concluído todas as disciplinas do *Curriculum studiorum*, solicito o direito de realizar o exame *De Universo Iure* na data estabelecida no calendário acadêmico em vigor.

Pede deferimento.

|  |  |
| --- | --- |
| Londrina, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do estudante |

|  |  |
| --- | --- |
| **Espaço reservado à Direção** | |
| ( ) **Pedido deferido** | ( ) **Pedido indeferido** |
| **Motivo do indeferimento:** | |
| Londrina, \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Diretor |