



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

CAMPUS CURRAIS NOVOS
DIRETORIA ACADÊMICA

REQUERIMENTO PARA CERTIFICAÇÃO DE CONHECIMENTOS

Senhor(a) Diretor(a) Acadêmico(a):

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

Nome da(s) disciplina(s)

Observações: _____

Currais Novos, ____/____/____.

Assinatura do aluno ou responsável

Preencher e assinar à mão, digitalizar e enviar via chamado no SUAP anexando outros documentos se for o caso. **Abra o chamado clicando aqui.**

Atenção! Marque a opção "Campus", conforme imagem abaixo:

Centro de Atendimento: Campus PROEN/RE
Selecione o Centro de Atendimento que mais se adequa ao seu problema.