

**FORMULÁRIO DE RECURSO CONTRA RESULTADO DO  
PROCESSO SELETIVO DE ALUNOS ESPECIAIS**

Nº:

CANDIDATO(A):

E-MAIL:

TEL. RES.: ( )

CELULAR: ( )

JUSTIFICATIVA:

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Assinatura do(a) candidato(a)

**COMPROVANTE DE ENTREGA DE RECURSO CONTRA RESULTADO DO  
PROCESSO SELETIVO DE ALUNOS ESPECIAIS**

Nº:

Candidato(a):

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do funcionário do PPGA

NÃO PREENCHA ESTES CAMPOS

| PARECER DO(S) PROFESSOR(ES) RESPONSÁVEL(IS) PELA(S) DISCIPLINA(S)        |                         |                                        |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------|
| DISCIPLINA:                                                              |                         |                                        |
| NOME DO(A) PROFESSOR(A):                                                 |                         |                                        |
| <input type="checkbox"/> DEFERIDO<br><input type="checkbox"/> INDEFERIDO | DATA:<br>____/____/____ | _____<br>Assinatura do(a) Professor(a) |
| DISCIPLINA:                                                              |                         |                                        |
| NOME DO(A) PROFESSOR(A):                                                 |                         |                                        |
| <input type="checkbox"/> DEFERIDO<br><input type="checkbox"/> INDEFERIDO | DATA:<br>____/____/____ | _____<br>Assinatura do(a) Professor(a) |
| DISCIPLINA:                                                              |                         |                                        |
| NOME DO(A) PROFESSOR(A):                                                 |                         |                                        |
| <input type="checkbox"/> DEFERIDO<br><input type="checkbox"/> INDEFERIDO | DATA:<br>____/____/____ | _____<br>Assinatura do(a) Professor(a) |

|                                                          |                                     |                                                           |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>PARECER DO COLEGIADO</b><br>(NÃO PREENCHA ESTE CAMPO) | <input type="checkbox"/> DEFERIDO   | DATA: ____/____/____                                      |
|                                                          | <input type="checkbox"/> INDEFERIDO | _____<br>Assinatura do(a) Presidente do Colegiado do PPGA |