

## MATRÍCULA ALUNO ESPECIAL

<b>NOME COMPLETO</b>		Nº USP (a ser preenchido pelo SPG)
TELEFONE	CELULAR	E-MAIL
SE ALUNO MATRICULADO EM OUTRA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR		
PROGRAMA		
FACULDADE		
SOLICITA PRÉ-MATRÍCULA NA(S) DISCIPLINA(S):		
	<b>SIGLA</b>	<b>CIÊNCIA DO PROF. RESPONSÁVEL</b> (NO CASO DE DISCIPLINAS COM MAIS DE UM PROFESSOR RESPONSÁVEL, BASTA A CIÊNCIA DE UM DELES)
<b>1</b>		
<b>2</b>		
<b>3</b>		
<b>4</b>		
<b>5</b>		
<b>6</b>		
<b>7</b>		
<b>8</b>		
<b>9</b>		
<b>10</b>		

SÃO PAULO, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO ALUNO