

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**PLANO DE ESTUDOS**

(Semestre: \_\_\_\_\_\_\_\_)

**CURSO: PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOTECNOLOGIA VEGETAL**

**NÍVEL: ( ) MESTRADO ( ) DOUTORADO**

**NOME DO ALUNO:**

**No REGISTRO (DRE):**

**E-MAIL**:

| **NOME DA DISCIPLINA** | **CÓDIGO** | **TURMA** | **CRÉDITOS** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | CSC ☐☐☐ |  |  |
|

|  |  |
| --- | --- |

 | CSC ☐☐☐ |  |  |
|  | CSC ☐☐☐ |  |  |
|  | CSC ☐☐☐ |  |  |
|  | CSC ☐☐☐ |  |  |
|  | CSC ☐☐☐ |  |  |
|  | CSC ☐☐☐ |  |  |
|  | CSC ☐☐☐ |  |  |
|  | CSC ☐☐☐ |  |  |
|  | CSC ☐☐☐ |  |  |

Solicito inscrição nas disciplinas acima.

Rio de Janeiro, de de .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Assinatura do aluno) (Assinatura do orientador)