



FACULDADE DE SÃO BENTO

Largo de São Bento, s/nº - Centro São Paulo – SP
CEP: 01029-010 Tel:(11) 3328-8796
e-mail : faculdade@saobento.org.br

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

* Prática de Ensino*

() Licenciatura

() Bacharelado

(NOME)

RGM _____

REQUER a inscrição para participação no Grupo de Práticas de Ensino do Curso de Filosofia.

Tema escolhido: _____

Nome do Professor: _____

Termos em que pede deferimento.

São Paulo, ____/____/____.

(assinatura do aluno)

De acordo.

À Secretaria Acadêmica para as providências cabíveis.

São Paulo, ____/____/____.

Assinatura do Professor