

Ano Letivo \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Estudante N° \_\_\_\_\_

Nome completo \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Telf./Telm. \_\_\_\_\_

Curso \_\_\_\_\_

Licenciatura  Mestrado  Mestrado Integrado  Doutoramento

N.º ECTS inscrito \_\_\_\_\_

*Solicita a V. Exa que autorize a alteração para o regime de Estudante a Tempo Parcial, no ano letivo acima indicado.*

**O estudante**  
 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Ass: \_\_\_\_\_

**Recebido por**  
 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Ass: \_\_\_\_\_

**Atualizado no Sigacad** Sim   
 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Ass: \_\_\_\_\_

**Despacho**

Autorizado   
 Não autorizado  (\*)  
 (\*) Justificação

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ass: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_/\_\_\_\_

**Observações:**