

*Direção Académica*

**REQUERIMENTO - REVISÃO DO PLANO DE EQUIVALÊNCIAS**

*Exmo. Senhor Presidente do Instituto Superior Técnico*

Nome(s) Próprio(s) do(a) Aluno(a) ..... n.º .....

Apelido(s) .....

Curso .....

B.I./C.C./Passaporte ..... emitido em ..... / ..... / ..... válido até ..... / ..... / .....

Telefone/Telem. .... e.mail .....

**Solicita a V. Ex.ª que se digne a rever o Plano de Equivalências, homologado pela Comissão de Equivalências do Conselho Científico em ..... / ..... / ....., pelos motivos que a seguir de invoca:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Aguarda deferimento,**

IST, ..... de ..... de .....

Assinatura do(a) Aluno(a) .....

---

**Parecer do Coordenador do Curso**

.....  
.....

Assinatura ..... em ..... de ..... de .....

---

**Homologado pelo Conselho Científico (Presidente da Comissão de Equivalências)**

Assinatura ..... em ..... de ..... de .....

**Anexo:**

- Fotocópia do Plano de Equivalências  Certificado de Aproveitamento com disciplinas discriminadas  
 Programa e Carga Horária das disciplinas autenticadas pelo Estabelecimento de Ensino Emissor