



SOLICITAÇÃO DE TRANCAMENTO OU RENOVAÇÃO DE TRANCAMENTO DE MATRÍCULA

Nome: _____ Matrícula: _____

Curso: _____ E-mail: _____

Celular: _____ Telefone Fixo: _____

* Requer trancamento de matrícula no período: ____/____/____.

Observação: Ao solicitar o trancamento de matrícula, tomo ciência de que este tem validade por um período letivo. Visto que, se eu não manifestar interesse pela continuidade de estudos no período seguinte, minha vaga será cancelada, conforme consta na Resolução nº 188/2010 desta instituição.

Assistência Estudantil:

Recebe Auxílio () SIM () NÃO _____

Biblioteca:

Existem débitos () SIM () NÃO _____

Por que você está fazendo esse pedido? Marque a(s) opção(ões).

- | | |
|--|---|
| () problemas financeiros | () mudança de curso |
| () incompatibilidade com horário de trabalho | () dificuldade em acompanhar os conteúdos |
| () indisponibilidade de tempo para estudar | () o curso não atendeu minhas expectativas |
| () distância entre minha casa e a instituição | - Dificuldade de relacionamento com: |
| () mudança de cidade | () professores () colegas () biblioteca |
| () doença | () coordenação do curso |
| () gravidez ou maternidade | () secretaria acadêmica |
| () acessibilidade | () equipe pedagógica |
| () falta de transporte | () assistência estudantil |

Outros:

Entrevista e parecer do servidor responsável pelo atendimento na Assistência Estudantil:

Feliz, ____ de _____ de 20__

Assinatura

Renovação de trancamento de matrícula para o período:

____/____
Ano/Sem

____/____/____
Data

Assinatura do(a) Requerente