



SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA OU CANCELAMENTO DE MATRÍCULA

Nome: _____ Matrícula: _____

Curso: _____ E-mail: _____

Celular: _____ Telefone Fixo: _____

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

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

Outros: _____

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

Assistência Estudantil:

Recebe Auxílio SIM NÃO _____

Biblioteca:

Existem débitos SIM NÃO _____

Secretaria/Registro Escolar:

Restituiu chaves SIM NÃO NÃO POSSUI _____

Feliz, ____ de _____ de 20__

Assinatura