

**SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE MATRÍCULA**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone (s): Fixo ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O(a) acadêmico(a) acima identificado(a) solicita o imediato **cancelamento de matrícula** no curso de Especialização *lato sensu* em Gestão Escolar.

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

|  |
| --- |
| Deve ser preenchido pelo setor de Assistência Estudantil: |
| Recebe Auxílio | ( ) SIM( ) NÃO | Assinatura Servidor Responsável |

|  |
| --- |
| Deve ser preenchido pelo setor da Biblioteca: |
| Existem débitos | ( ) SIM( ) NÃO | Assinatura Servidor Responsável |

|  |
| --- |
| Deve ser preenchido pela Secretaria de Pós-Graduação: |
| Restituiu chaves | ( ) SIM( ) NÃO( ) NÃO POSSUI | Assinatura Servidor Responsável |

Feliz, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Acadêmico(a)