

**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)