



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Campus Avançado Veranópolis

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE MATRÍCULA
Maiores de 18 anos

Nome completo: _____	
Curso: _____	Nº Matrícula: _____
Telefone: _____	E-mail: _____

Venho, por meio deste, requerer **CANCELAMENTO DE MATRÍCULA**. Estou ciente de que a partir da data de cancelamento da matrícula pelo Registro Acadêmico, **perderei o vínculo com o curso e com a Instituição**, bem como o direito da minha condição de aluno regular. Esta solicitação é irrevogável e irretratável.

Motivos da solicitação: _____

Biblioteca: () Deferido / () Indeferido Ciente em: ___/___/____	Coordenação do Curso: () Deferido / () Indeferido Ciente em: ___/___/____	Assistência Estudantil: () Deferido / () Indeferido Ciente em: ___/___/____
Assinatura e carimbo	Assinatura e carimbo	Assinatura e carimbo

_____, ___/___/____

Assinatura do requerente