



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

**REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE MATRÍCULA**  
**Maiores de 18 anos**

<b>Nome completo:</b> _____
<b>Curso:</b> _____ <b>Nº Matrícula:</b> _____
<b>Telefone:</b> _____ <b>E-mail:</b> _____

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.

<b>Motivos da solicitação:</b> _____
_____
_____
_____
_____

<b>Biblioteca:</b> ( ) Deferido / ( ) Indeferido Ciente em: ____/____/____ _____ Assinatura e carimbo	<b>Coordenação do Curso:</b> ( ) Deferido / ( ) Indeferido Ciente em: __/ __/ __ _____ Assinatura e carimbo	<b>Assistência Estudantil:</b> ( ) Deferido / ( ) Indeferido Ciente em: __/ __/ __ _____ Assinatura e carimbo
---	---	---

\_\_\_\_\_, \_\_/ \_\_/ \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente