



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 TRANCAMENTO DE DISCIPLINA

Nome completo do/a estudante: _____
Curso: _____ Nº Matrícula: _____
Telefone: _____ E-mail: _____

Venho, por meio deste, venho, por meio deste, requerer **TRANCAMENTO DE DISCIPLINA**. Estou ciente de que devo efetivar este trancamento até a data estabelecida no Calendário Acadêmico.

Código e nome da disciplina	Curso

Coordenação do curso: () Deferido / () Indeferido Ciente em: ____/____/____ _____ Assinatura e carimbo	Assistência Estudantil: () Deferido / () Indeferido Ciente em: ____/____/____ _____ Assinatura e carimbo
--	--

_____, ____/____/____

Assinatura do/a requerente