

REQUERIMENTO DE TRANCAMENTO DE MATRÍCULA

Eu, _____

Tel Celular: _____ Matrícula DRE nº: _____

Endereço: _____

E-mail: _____

(X) TRANCAMENTO DE MATRÍCULA

Caso o aluno ainda não tenha cursado com aprovação um mínimo de 12 créditos o pedido será negado.

O Aluno é beneficiário de Bolsa? () sim não () tipo: _____

O Aluno é beneficiário do Alojamento Estudantil? sim () não (..) _____

MOTIVO DO TRANCAMENTO DE MATRÍCULA (preenchido pelo aluno):

DIFICULDADE DE ACOMPANHAMENTO DO CURSO

NECESSIDADE DE TRABALHAR

MOTIVOS DE SAÚDE

MOTIVOS FAMILIARES

OUTROS MOTIVOS (ESPECIFICAR): _____

TEMPO PREVISTO DE TRANCAMENTO _____ PERÍODO LETIVOS (MÁXIMO DE 2 ANOS – 4 PERÍODOS).

O Aluno pretende continuar o curso? sim () não () na UFRJ _____ Em outra Universidade: _____

Por que? _____

Pretende mudar de curso? sim () não ()

Para qual curso pretende mudar? _____

Quais as razões? _____

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

(ASSINATURA MANUAL)

Assinatura do Aluno

DEFERIDO () INDEFERIDO ()

Parecer final da Coordenação de Graduação:

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura da Coordenação de Graduação

**ANEXAR CRID, BOLETIM NÃO OFICIAL DO SIGA E
NADA CONSTA DA BIBLIOTECA SOLICITAR EM:**

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScRGnbaAN16HZwzjK5eMwWgvuFYEab7wTQmNsemUMmGW9I7TA/viewform>