

REQUERIMENTO DE TRANCAMENTO DE MATRÍCULA

Eu, _____

Tel Celular: _____ Matrícula DRE nº: _____

Endereço: _____

E-mail: _____

Vem mui respeitosamente requerer a V. S.^a:

(X) **TRANCAMENTO DE MATRÍCULA**

Caso o aluno ainda não tenha cursado com aprovação um mínimo de 12 créditos (3 disciplinas) 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 voltar a fazer o mesmo curso? sim () não ()

O Aluno pretende continuar o curso? UFRJ _____ Outra Universidade: _____

Por que? _____

Pretende mudar de curso? sim () não ()

Para qual curso pretende mudar? _____

Quais as razões? _____

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Aluno

DEFERIDO () INDEFERIDO ()

Parecer final do Diretor de Graduação:

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Diretor de Graduação

ANEXAR CRID E BOLETIM NÃO OFICIAL DO SIGA