

REQUERIMENTO PARA ALTERAÇÃO DE MATRÍCULA

SOLICITANTE

Nome: _____
Matrícula: _____ Nível: () ME () ME Profissional () DO
E-mail: _____ Telefone: () _____ - _____
Programa de Pós-Graduação em: _____
Discente enquadrado no seguinte regulamento:
() Resolução CEPE nº 007, de 22 de janeiro de 2009.
() Resolução CEPE nº 256, de 2 de agosto de 2016.

O ALUNO ACIMA IDENTIFICADO REQUER DESTA PRÓ-REITORIA ALTERAÇÃO DE MATRÍCULA EM DISCIPLINA:

Código disciplina: _____ () Inclusão () Exclusão
Código disciplina: _____ () Inclusão () Exclusão
Código disciplina: _____ () Inclusão () Exclusão
Código disciplina: _____ () Inclusão () Exclusão

JUSTIFICATIVA:

- () Afastamento por motivo de saúde.
Anexar atestado médico contendo N° do CID e período de afastamento.
- () Alteração de disciplina condensada.
Anexar documento comprobatório do cancelamento ou alteração da data da disciplina.
- () Erros do sistema SIGAA.
Anexar relato dos fatos a serem verificados pela auditoria da DGTI.

Data: ____/____/____

Assinatura do solicitante

O requerente deverá informar-se do resultado de sua solicitação na Secretaria do Programa de Pós-Graduação.

PARECERES

ORIENTADOR

() Deferido () Indeferido

Motivação: _____

DATA: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Orientador

COLEGIADO DO CURSO

() Deferido () Indeferido

Motivação: _____

DATA: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Coordenador do Programa

CÂMARA DE ASSUNTOS ACADÊMICOS

() Deferido () Indeferido

Motivação: _____

DATA: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Presidente da Câmara