



REQUERIMENTO – CAMPUS: _____

Requerente: _____, N.º matrícula: _____ RG: _____, órgão expedidor/UF: _____
CPF: _____, data de nascimento: _____, naturalidade/UF: _____,
Endereço: _____, N.º: _____, complemento: _____, CEP: _____,
Bairro: _____ Município/UF: _____, e-mail: _____, tel.: _____
Tipo de Curso: FIC Técnico Graduação Especialização Mestrado Curso: _____

Código / Solicitação / **Descrever justificativa no verso

01 <input type="checkbox"/> Declaração de matrícula	02 <input type="checkbox"/> Atestado de frequência	03 <input type="checkbox"/> Histórico escolar
04 <input type="checkbox"/> **Matrícula em componente curricular isolado (alunos do IFSC): Descrever curso e componentes curriculares no verso		
05 <input type="checkbox"/> **Matrícula especial em componente curricular (alunos externos): Descrever curso e componentes curriculares no verso (anexar documentação)		
06 <input type="checkbox"/> **Reingresso (de Cancelamento feito em ____/____/____) <input type="checkbox"/> **Retorno de Trancamento feito em ____/____/____ Para Ano/Período letivo: ____/____/____ Para turno: <input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/> Noturno <input type="checkbox"/> Integral Para o curso: _____ Para Fase/Módulo: _____		
07 <input type="checkbox"/> **Transferência de turma/turno: Da turma: _____ Para turma: _____ Para turno: <input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/> Noturno <input type="checkbox"/> Integral.		
08 <input type="checkbox"/> **Transferência Externa: <input type="checkbox"/> Ex officio <input type="checkbox"/> Mandato Judicial <input type="checkbox"/> Edital de transferência. (anexar documentação comprobatória) Instituição de origem: _____ Instituição de destino: _____ Para Curso: _____ Turno: <input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/> Noturno <input type="checkbox"/> Integral. Ano/Período letivo: _____ Fase/Módulo: _____		
09 <input type="checkbox"/> **Trancamento de matrícula no Curso: _____ Período de ____/____/____ a ____/____/____		10 <input type="checkbox"/> **Transferência Interna de Curso: _____ De: _____ Para: _____
11 <input type="checkbox"/> **Cancelamento de: <input type="checkbox"/> Matrícula no Curso <input type="checkbox"/> Matrícula em Componente Curricular. Curso: _____ C.C.: _____		
12 <input type="checkbox"/> **Mobilidade: <input type="checkbox"/> Intercâmbio <input type="checkbox"/> Intercambista. Instituição de Ensino: _____		
13 <input type="checkbox"/> **2ª Chamada para atividade avaliativa. Motivo: <input type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/> Falecimento de familiares <input type="checkbox"/> Convocação Judicial <input type="checkbox"/> Convocação Militar Atividade a ser repostada: _____ Data em que a atividade foi realizada: ____/____/____ Hora: ____:____ C.C.: _____ Profº: _____		
14 <input type="checkbox"/> **Revisão de Resultados: <input type="checkbox"/> Atividade Avaliativa <input type="checkbox"/> Faltas <input type="checkbox"/> Validação <input type="checkbox"/> Outros: _____ C.C.: _____ Profº: _____ Data: _____		
15 <input type="checkbox"/> **Validação: <input type="checkbox"/> Reconhecimento de Saberes <input type="checkbox"/> Componente Curricular. Especificar: _____ (anexar documentação comprobatória)		
16 <input type="checkbox"/> **Adaptação curricular (anexar histórico escolar). Curso: _____ C.C.: _____		
17 <input type="checkbox"/> **Plano de Estudo Diferenciado – PEDI <input type="checkbox"/> Estudo dirigido Período: ____/____/____ a ____/____/____ C.C.: _____ Profº: _____		
18 <input type="checkbox"/> **Dispensa Ed. Física: <input type="checkbox"/> Jornada de Trabalho - 6h <input type="checkbox"/> Maior 30 anos <input type="checkbox"/> Serviço Militar <input type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/> Prole (anexar documentação comprobatória)		19 <input type="checkbox"/> **Estágio: <input type="checkbox"/> Validação <input type="checkbox"/> Dispensa (anexar documentação comprobatória)
20 <input type="checkbox"/> **Afastamento superior a 15 dias (anexar atestado médico): <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Tratamento de saúde <input type="checkbox"/> Licença maternidade <input type="checkbox"/> Doença infectocontagiosa Deseja exercício domiciliar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
21 <input type="checkbox"/> **Autorização permanente: <input type="checkbox"/> Entrada Tardia <input type="checkbox"/> Saída Antecipada. Motivo: <input type="checkbox"/> Transporte coletivo <input type="checkbox"/> Trabalho Hora entrada: ____:____ <input type="checkbox"/> Seg <input type="checkbox"/> Ter <input type="checkbox"/> Qua <input type="checkbox"/> Qui <input type="checkbox"/> Sex Hora saída: ____:____ <input type="checkbox"/> Seg <input type="checkbox"/> Ter <input type="checkbox"/> Qua <input type="checkbox"/> Qui <input type="checkbox"/> Sex		
22 <input type="checkbox"/> **Justificativa de ausência: De ____/____/____ a ____/____/____ Atividade: _____		
23 <input type="checkbox"/> Doc. gerais: <input type="checkbox"/> Matriz curricular <input type="checkbox"/> Plano de aula <input type="checkbox"/> Plano de ensino <input type="checkbox"/> Ementa <input type="checkbox"/> Outros. C.C.: _____		

DECLARO estar ciente do conteúdo do Regulamento Didático-Pedagógico (RDP) do IFSC e que atendo aos requisitos necessários para a solicitação feita neste requerimento. Reconheço que é de minha inteira responsabilidade o acompanhamento da tramitação do processo, não havendo a necessidade de convocação, ou nenhum outro tipo de aviso, seja por carta, e-mail ou telefone por parte do Registro Acadêmico. O RDP está disponível em <http://cs.ifsc.edu.br/> > Conselho Superior > Resoluções > 2014 > Resolução 41/2014/Consup.

Nestes termos pede deferimento

_____, ____/____/____
Local e data Assinatura do requerente (ou responsável legal) Assinatura Servidor/Siape _____
Decisão comunicada ao discente em ____/____/____ por: e-mail verbalmente Ass.: _____

Código Solicitação:

Justificativa:

Não preencher. Uso exclusivo do Campus

Parecer:

DEFERIDO NDEFERIDO CONCEITO/NOTA:

_____, ____/____/____
Local e data

Assinatura do parecerista/ Diretor Campus/Coordenador de Curso/Professor Área

DEFERIDO NDEFERIDO

_____, ____/____/____
Local e data

Coordenadoria de Registro Acadêmico