

|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO** |
| Aluno: Matrícula: CPF:  |
| Curso: | Módulo: | Turno: | Contato: |
| **DESCRIÇÃO** |
| ( ) AUTORIZAÇÃO ENTRADA TARDIA | ( ) REVISÃO DE AVALIAÇÃO / FALTA / VALIDAÇÃO |
| ( ) AUTORIZAÇÃO SAÍDA ANTECIPADA | ( ) TRANCAMENTO DE MATRÍCULA (MÓDULO) |
| ( ) AVALIAÇÃO (2ª CHAMADA) | ( ) TRANSFERÊNCIA INTERNA: MUDANÇA DE TURMA |
| ( ) CANCELAMENTO DE MATRÍCULA | ( ) TRANSFERÊNCIA INTERNA: MUDANÇA DE TURNO |
| ( ) CANCELAMENTO DE MATRÍCULA EM COMPONENTE CURRICULAR | ( ) AFASTAMENTO *Acidente, tratamento de sáude, licença maternidade, doença infectocontagiosa, de acordo c/ o Decreto Lei 1.044 de 21/10/69 e a Lei 6.202 de 14 /04/75. (anexar atestado médico)* |
| ( ) REINGRESSO |
| **JUSTIFICATIVA***(Descreva os motivos e condições que justifiquem o pedido, e se necessário, anexar os documentos comprobatórios.)* |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ***Nestes termos pede deferimento.*** |
|  Assinatura do Aluno (a) / Responsável ( ) Declaro que sou beneficiário do PAEVS - Programa de Atendimento ao Estudante em Vulnerabilidade Social |  Data: / /  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura do Coordenador (a) Data

**Importante:** Após preencher o documento enviar digitalizado para o seguinte e-mail do Registro Acadêmico: ra.cte@ifsc.edu.br