



RETIFICAÇÃO DE MATRÍCULA

NOME DO(A) DISCENTE:

MATRÍCULA:

E-MAIL:

CURSO:

TELEFONE:


Nº	CÓDIGO	DISCIPLINA	TURMA	ASSINATURA DO PROFESSOR *	SOLICITAÇÃO	
					<input type="checkbox"/>	
01					<input type="checkbox"/>	Quebra de pré-requisito
					<input type="checkbox"/>	Extensão de carga horária
					<input type="checkbox"/>	Erro de processamento**
02					<input type="checkbox"/>	Quebra de pré-requisito
					<input type="checkbox"/>	Extensão de carga horária
					<input type="checkbox"/>	Erro de processamento**
03					<input type="checkbox"/>	Quebra de pré-requisito
					<input type="checkbox"/>	Extensão de carga horária
					<input type="checkbox"/>	Erro de processamento**
04					<input type="checkbox"/>	Quebra de pré-requisito
					<input type="checkbox"/>	Extensão de carga horária
					<input type="checkbox"/>	Erro de processamento**
05					<input type="checkbox"/>	Quebra de pré-requisito
					<input type="checkbox"/>	Extensão de carga horária
					<input type="checkbox"/>	Erro de processamento**

Os alunos deverão preencher os pedidos de acordo com suas prioridades. Caso seja aprovada a retificação de matrícula, o colegiado seguirá a ordem acima estabelecida. Caso precise de mais espaço para escrever a justificativa, utilize o verso do formulário.

* Assinatura do professor responsável pela disciplina apenas para confirmar a frequência do aluno às aulas.

** Em conformidade com o artigo 17 da Resolução 58/2008 – CEPE.

PARECER DO COORDENADOR



Data do Requerimento: ____/____/____

Assinatura do Aluno