



**Secretaria Geral dos Cursos de Graduação e
Seqüenciais**

Cancelamento de Matrícula

Protocolo nº : _____ Data: ____ / ____ / ____

Ilm.º Sr. Coordenador do Curso de _____

Eu, _____ ,
aluno(a) regularmente matriculado(a) neste Curso, no ____ período do
____ semestre de _____ , sob o nº. _____ , solicito a V. S^a.
que se digne conceder meu Cancelamento de Matrícula.

Nestes termos, pede deferimento

Obs.: Estou ciente de que com o cancelamento de matrícula, só poderei retornar
aos estudos se aprovado e classificado em novo Processo Seletivo, dentro
do limite fixado de vagas.

Assinatura

Funcionário da Tesouraria

Em: ____ / ____ / ____

Funcionário da Biblioteca

Em: ____ / ____ / ____

Coordenador do Curso

Em: ____ / ____ / ____

() Deferido

() Indeferido