

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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