

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