



**REQUERIMENTO DE TRANCAMENTO/DESTRANCAMENTO DA MATRÍCULA DO
CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Eu, _____,
nº. de matrícula _____, CPF nº. _____, solicito o
() trancamento () destrancamento,
da matrícula no curso de _____,
Campus _____.

Assinale até três motivos que levaram a solicitação do trancamento da matrícula enumerando de 1 a 3:

<input type="checkbox"/> Não identificação com o curso <input type="checkbox"/> Dificuldade em conciliar os horários do trabalho e do curso <input type="checkbox"/> Dificuldades Financeiras <input type="checkbox"/> Problemas Familiares <input type="checkbox"/> Problemas de Saúde <input type="checkbox"/> Mudança de Endereço <input type="checkbox"/> Ingresso em outro curso	<input type="checkbox"/> Não adaptação a UFFS <input type="checkbox"/> Não obtenção de bolsa de estudo <input type="checkbox"/> Problemas de relacionamento interpessoal com colegas de curso <input type="checkbox"/> Outros: _____ _____
---	---

_____, __/__/____
Local, Data

Assinatura do(a) Aluno

Aluno(a), você deverá coletar as seguintes assinaturas:

Coordenação do Curso: <input type="checkbox"/> Ciente Data: __/__/____	_____ Coordenador (Assinatura e Carimbo)
Biblioteca: <input type="checkbox"/> Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido Motivo: _____ Data: __/__/____	_____ Servidor (Assinatura e Carimbo)

Obs: A Secretaria somente protocolará o pedido mediante o completo preenchimento dos campos acima.