|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULÁRIO PARA TRANCAMENTO DE MATRÍCULA EM DISCIPLINAS PÓS-GRADUAÇÃO** | | | | | | | | |
| Nome do aluno requerente: | | | | | | | | |
| Matricula | | | | CPF | | | | |
| Curso | | | | Turno | | | | |
| Telefone | | | | E--mail | | | | |
| O(a) aluno(a) regulamente matriculado(a) no curso acima mencionado conforme Artigo 41, do Regulamento Geral do Programa de Pós-graduação desta Instituição, vem requerer o trancamento da disciplina abaixo discriminada: | | | | | | | | |
| Nome da Disciplina: | | | | | | | | |
| Nome do Professor (Legível e letra de forma ) | | | | | | | | |
| Data :\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | | | | | Assinatura do Aluno Requerente | | | |
| **INFORMAÇÕES DO PROFESSOR**  **(Reservado ao professor)** | | | | | | | | |
| **Percentual de Carga horária ministrada** | |  | | | | **Total de Faltas** |  | |
| Data\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | | | | | Assinatura do Professor | | | |
| **DESPACHO DA COORDENAÇÃO**  **(Conforme informações prestadas acima pelo professor)** | | | | | | | | |
| **DEFERIDO** |  | | **INDEFERIDO** | | | | |  |
| Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  Assinatura do Coordenador | | | | | | | | |
| Art. 41, § 1º: O pedido de trancamento de matrícula solicitado no prazo fixado pelo curso ou Programa de Pós-graduação, de conformidade com seu o calendário escolar, constará de requerimento do discente ao Coordenador, com as devidas justificativas e aquiescências do Orientador. | | | | | | | | |