

SOLICITAÇÃO DE TRANCAMENTO DE MATRICULA
(modelo mínimo aprovado pelo CEG)

Unidade de ensino:
Nome do aluno: DRE n.º
Endereço: Tel.

O aluno é beneficiário de bolsa? () sim () não Tipo:
O aluno é beneficiário do Alojamento Estudantil? () sim () não.

MOTIVO DO TRANCAMENTO DE MATRICULA (preenchido pelo aluno)

TEMPO PREVISTO DE TRANCAMENTO: () períodos letivos

O aluno pretende voltar a fazer o mesmo curso? () sim () não

Onde pretende continuar o curso? () UFRJ () Outra Universidade

Por quê?

Pretende mudar de curso? () sim () não

Para qual curso pretende mudar?

Quais as razões?

Data / /

.....
assinatura do aluno

PARECER AVALIATIVO DO PROFESSOR ORIENTADOR
OU DA COMISSÃO DE ORIENTAÇÃO ACADÊMICA

Nome do Professor:

Data: / /

Assinatura:

PARECER FINAL DO DIRETOR: () deferido () indeferido

Data: / /

Assinatura