

 UFC PR/GR	SOLICITAÇÃO DE TRANCAMENTO TOTAL DE MATRÍCULA DE REGIME ESPECIAL	CÓDIGO	FOLHA

Sr. Coordenador

1 IDENTIFICAÇÃO

① Nº DE MATRÍCULA	② PERÍODO	③ CURSO	④ CÓDIGO
⑤ NOME			
⑥ ENDEREÇO		⑦ TELEFONE	

2 REQUERIMENTO

Vem, mui respeitosamente, requerer

A <input type="checkbox"/> TRANCAMENTO TOTAL DE MATRÍCULA POR MOTIVO DE: 1- <input type="checkbox"/> Doença 2- <input type="checkbox"/> Mudança de domicílio 3- <input type="checkbox"/> Exercício de emprego 4- <input type="checkbox"/> Obrigação de ordem Anexar comprovantes para 2, 3 e 4	B <input type="checkbox"/> REGIME ESPECIAL POR: 1- <input type="checkbox"/> Doença 2- <input type="checkbox"/> Gestação
---	---

1 AUTENTICAÇÃO

Data ____/____/____	_____ Assinatura do interessado
---------------------	------------------------------------

No caso de trancamento total de matrícula por doença ou solicitação do regime especial, o aluno deverá primeiramente, encaminhar - se à Divisão Médica e Odontológica.

3 DIVISÃO MÉDICA E ODONTOLÓGICA

A <input type="checkbox"/> PARA TRANCAMENTO TOTAL DE MATRÍCULA Atesto que o (a) aluno (a) está impedido de acompanhar as atividades letivas, no atual período, por motivo de doença.	B <input type="checkbox"/> PARA REGIME ESPECIAL Atesto que o (a) aluno (a) está impedido de acompanhar as atividades letivas, no período de ____/____/____ a ____/____/____, conservadas as condições de aprendizagem, pelo motivo abaixo indicado: 1- <input type="checkbox"/> Doença 2- <input type="checkbox"/> Gestação
---	--

2 AUTENTICAÇÃO

Data ____/____/____	_____ Diretor/ DMO
---------------------	-----------------------

4 COORDENADOR DO CURSO

1- Defiro.

2- Indefiro

Encaminhar - se à CEG

3 AUTENTICAÇÃO

Data ____/____/____

Assinatura do Coordenador

5 COORDENADORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO

4 AUTENTICAÇÃO

Data ____/____/____

Assinatura do Coordenador

6 INFORMAÇÕES