REQUERIMENTO DE AFASTAMENTO

NÚMERO DE MATRÍCULA:

NOME COMPLETO DO REQUERENTE

CURSO

E-MAIL

SOLICITAÇÃO:

( ) Trancamento de matrícula no semestre

( ) Cancelamento de matrícula no curso

( ) Transferência Externa*

* A partir desta solicitação e da apresentação da Declaração de Vaga, a Secretaria emitirá a Guia de Transferência e Histórico Escolar, mediante pagamento conforme tabela vigente.

SEMESTRE: ( ) primeiro ( ) segundo do ano de _____

JUSTIFICATIVA:_____

_____

_____

Data: _____/_____/_____ Assinatura: _____

SECRETARIA ACADÊMICA

O pedido foi devidamente analisado e ( ) deferido ( ) indeferido.

Responsável pela análise: _____

São Leopoldo, ___/___/___ Assinatura da Secretaria:_____

Informações da Secretaria: _____

COMPROVANTE DE AFASTAMENTO

NOME COMPLETO DO REQUERENTE

SOLICITAÇÃO	**DATA DE REGISTRO**

DATA DA SOLICITAÇÃO: _____/_____/_____ **ATENDIDO POR:** _____

Rua Amadeo Rossi, 467 – Morro do Espelho – São Leopoldo / RS – Brasil – CEP 93030-220 Caixa Postal 14
Fone: +55 (51) 2111.1400 – Fax: +55 (51) 2111.1411 – est@est.edu.br – www.est.edu.br