REQUERIMENTO
Transferência Interna

NÚMERO DE MATRÍCULA:

NOME COMPLETO DO REQUERENTE

E-MAIL

( ) TRANSFERÊNCIA DE CURSO

Curso Atual: _____

Novo Curso: _____

( ) TRANSFERÊNCIA DE MATRIZ

Matriz Atual: _____

Nova Matriz: _____

JUSTIFICATIVA:_____

_____

_____

_____

O/A discente declara estar ciente de que o pedido passará por análise curricular para migração.

O prazo para resposta ao pedido é de 30 dias.

Data: _____/_____/_____ Assinatura: _____

SECRETARIA ACADÊMICA

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

Responsável pela análise: _____

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