



Protocolo N° ____ / ____

DATA: ____ / ____ / ____

SOLICITAÇÃO DE TRANCAMENTO DE MATRÍCULA

Eu _____, RG nº _____,
_____, CPF nº _____, aluno (a)
regularmente matriculado (a) no curso
sob o número _____, solicito o TRANCAMENTO DE
MATRÍCULA no referido curso pelos motivos de:

Declaro estar ciente de que ao cancelar a matrícula todos os atos acadêmicos tornam-se nulos e encerrados, tanto com o curso quanto com a Instituição.

Itaituba (PA), ____ de ____ de ____.

REQUERENTE

Assinatura do pai e/ou responsável
quando menor de idade

USO EXCLUSIVO DA COORDENAÇÃO DE EIXO TECNOLÓGICO

COORDENAÇÃO DO EIXO TECNOLÓGICO

Nome do (a) Coordenador (a):

DESPACHO DA COORDENAÇÃO:

Assinatura e Carimbo:

Itaituba (PA), ____ / ____ / ____.

* O aluno deverá recolher junto a Biblioteca, declaração de NADA CONSTA.