

Protocolo N° ____/____

DATA: ____/____/____

SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE MATRÍCULA

Eu _____,
RG nº _____, CPF nº _____, aluno (a)
regularmente matriculado (a) no curso _____
_____ com RA nº _____, solicito o CANCELAMENTO DE
MATRÍCULA no referido curso pelos seguintes motivos :

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.

Valinhos, ____/____/____.

REQUERENTE

USO EXCLUSIVO DA COORDENAÇÃO DO CURSO

Nome do (a) Coordenador (a) :

Despacho da Coordenação:

_____.

Assinatura e data: