

**DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO**

ANO

REQUERIMENTO DE TRANCAMENTO PARCIAL DE MATRÍCULA

SEMESTRE

 COM JUSTIFICATIVA (*) **SEM JUSTIFICATIVA**

(*) EXPOR NO VERSO DESTES, A JUSTIFICATIVA, ANEXANDO COMPROVAÇÃO, QUANDO NECESSÁRIO.

ALUNO (A):

NOME			Nº DE REGISTRO		
CURSO			FORMA DE INGRESSO NA UFMG		
ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, ETC.)				Nº	APTO.
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	TELEFONE	
DISCIPLINAS EM QUE REQUER TRANCAMENTO					TURMA
NOME					
CASO A JUSTIFICATIVA APRESENTADA NÃO SEJA ACEITA PELO COLEGIADO DO CURSO, SOLICITO O TRANCAMENTO DA(S) DISCIPLINA(S) ACIMA SEM JUSTIFICATIVA.					
___/___/___ DATA			_____ ASSINATURA DO REQUERENTE		

RESERVADO À SECRETARIA DO COLEGIADO DO CURSO:

SITUAÇÃO DO(A) ALUNO(A) NO SISTEMA ACADÊMICO	<input type="checkbox"/> MATRICULADO	<input type="checkbox"/> NÃO MATRICULADO	<input type="checkbox"/> EXCLUÍDO	
DISCIPLINAS EM QUE SE MATRICULOU:	CÓDIGO	CRÉD.	TURMA	TRANCAMENTO ANTERIOR
___/___/___ DATA	_____ SECRETÁRIO(A)			

RESERVADO AO COLEGIADO DO CURSO

DECISÃO DO COLEGIADO	<input type="checkbox"/> DEFERIDO	<input type="checkbox"/> INDEFERIDO
CONCEDIDO O TRANCAMENTO DA MATRÍCULA _____ JUSTIFICATIVA NA(S) DISCIPLINAS(S) ABAIXO, PERMANECENDO A MATRÍCULA EM _____ CRÉDITOS NO PERÍODO LETIVO DE ___/___.		
DISCIPLINAS TRANCADA(S):		
CÓDIGO	NOME	CR.
___/___/___ DATA	_____ COORDENADOR(A)	
DECISÃO COMUNICADA AO ALUNO PELA SECRETARIA DO COLEGIADO:		
- PELO OFÍCIO Nº _____ VERBALMENTE EM: ___/___/___ ASS.: _____		

RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO

<input type="checkbox"/> REGISTRADO NO SISTEMA EM ___/___/___	
<input type="checkbox"/> ARQUIVADO NA PASTA DO ALUNO EM ___/___/___	_____ CHEFE DA SEÇÃO DE ENSINO

RECIBO

O (A) ALUNO(A) _____ Nº _____	PROTOCOLOU REQUERIMENTO DE TRANCAMENTO PARCIAL DE MATRÍCULA EM ___/___/___.
_____ NOME LEGÍVEL DO(A) FUNCIONÁRIO(A) DO COLEGIADO	_____ ASSINATURA