MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS

**CAMPUS SÃO JOÃO EVANGELISTA / CAMPUS BAMBUÍ**

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO TRANCAMENTO DE DISCIPLINA OU CURSO

 DADOS PESSOAIS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome: | | | |
| Curso: Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão | Ênfase: | | |
| Período: | | | Matrícula nº: |
| CPF nº: | | RG nº: | |

 ENDEREÇO PARA CONTATO

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Logradouro (Rua, Av.): | | | Nº: | | Complemento: | |
| Bairro: | | Cidade: | | | | Estado: |
| CEP: |  ( ) | | |  ( ) | | |
| Email: | | | | | | |

 PERÍODO DO TRANCAMENTO DA DISCIPLINA OU CURSO

De: \_\_\_ / / A: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

 MOTIVO DO TRANCAMENTO DO CURSO OU DA DISCIPLINA (apresentar

motivo relevante)

Local: Data: \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Assinatura do aluno |  | Assinatura da secretaria |