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 |