REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE

MATRÍCULA EM DISCIPLINA(S)

|  |  |
| --- | --- |
| DADOS DO(A) ACADÊMICO(A) | |
| Acadêmico(a): | E-mail: |
| Celular: | Fixo: |
| Orientador(a): | E-mail: |
| PARA ACADÊMICOS REGULARES DE OUTRO CURSO DA UFMS | |
| Curso de Origem: | RGA: |

Venho requerer o cancelamento de matrícula na(s) disciplina(s) e/ou atividade(s) abaixo relacionada(s):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TÍTULO DA DISCIPLINA | C.H.  (15h/1 créd.) | TURMA | PERÍODO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Atenciosamente,

Assinatura do(a) acadêmico(a)

Assinatura do(a) orientador(a)

Campo Grande – MS, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) Coordenador(a) de Curso

Homologado pelo(a) Diretor(a) do Instituto de Biociências em \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) Diretor(a)