



FALE
FACULDADE
DE LETRAS

UF *mg*

REQUERIMENTO DE TRANCAMENTO PARCIAL DE MATRÍCULA

NOME DO(A) ALUNO(A): _____

Nº DE REGISTRO: _____ ANO: _____ SEMESTRE: _____

LINHA DE PESQUISA: _____

NOME DO(A) ORIENTADOR(A): _____

ALUNO(A) BOLSISTA: ☐ SIM ☐ NÃO

MATRICULADO(A) NA(S) SEGUINTE(S) DISCIPLINA(S) (se preferir, basta anexar cópia do comprovante de matrícula):

CÓDIGO	TÍTULO	PROFESSOR(A)

CITAR A(S) DISCIPLINA(S) NA(S) QUAL(IS) REQUER O TRANCAMENTO DA MATRÍCULA

CÓDIGO	TÍTULO	PROFESSOR(A)

JUSTIFICATIVA:

--

DATA ____/____/____ ASSINATURA DO(A) ALUNO(A) _____

DATA ____/____/____ CONCORDÂNCIA DO(A) ORIENTADOR(A): _____

DECISÃO DO COLEGIADO: DEFERIDO (____) INDEFERIDO (____)