INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
NORTE DE MINAS GERAIS
Campus Salinas

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA

ANO

SEM. LETIVO

REQUERIMENTO DE DESTRANCAMENTO DE MATRÍCULA

ALUNO(A):

SEXO: ☐ **Masc.** ☐ **Fem.**

CURSO: Escolha seu curso

N.º MATRÍCULA:

ENDEREÇO: (Rua, Avenida, Etc.) **N.º** **Compl.:**

BAIRRO: **CIDADE**: **UF**: --- **CEP**: **TELEFONE**:

E-MAIL:

Preencha abaixo as disciplinas e/ou dependências a serem cursadas, observando atentamente os pré-requisitos. Caso a dependência seja feita em outro curso, favor informar qual o curso e período

PERÍODO	DISCIPLINA	TIPO DE MATRÍCULA
---		---
---		---
---		---
---		---
---		---
---		---
---		---
---		---
---		---
---		---
---		---

_____

Assinatura do Aluno ou do Responsável Legal

Salinas(MG), _____ de _____ de _____

PARECER DA COORDENAÇÃO DE CURSO

( ) DEFERIDO ( ) INDEFERIDO

Data: _____/_____/_____

_____

Assinatura do Coordenador do Curso