REGULAMENTO DA SECRETARIA ACADÊMICA

PROTOCOLO

VIA SECRETARIA

PROTOCOLO Nº **DATA:** _____/_____/_____

ALUNO: _____ **DATA DE NASCIMENTO**: ___/_____/_____

RG: _____ **CPF**: _____

CURSO: _____ **PERÍODO/ANO**: _____

MATRÍCULA: _____ **FONE**: _____

DESTINO:

( ) SECRETARIA ACADÊMICA
( ) DIREÇÃO GERAL
( ) COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA
( ) COORDENAÇÃO DE ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO
( ) COORDENAÇÃO DE CURSO: _____
( ) PROFESSOR: _____
( ) OUTROS: _____
_____

REQUERIMENTO:
( ) SOLICITAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE MATRÍCULA
( ) SOLICITAÇÃO DE HISTÓRICO ESCOLAR
( ) SOLICITAÇÃO DE REPOSIÇÃO DE AVALIAÇÃO*
( ) SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE MATRÍCULA*
( ) SOLICITAÇÃO DE TRANCAMENTO DE MATRÍCULA*
( ) SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA PARA OUTRA INSTITUIÇÃO*
( ) SOLICITAÇÃO DE REMATRICULA*
( ) SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DE COMPONENTE CURRICULAR*
( ) SOLICITAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE CONCLUSÃO DE CURSO
( ) SOLICITAÇÃO DE APROVEITAMENTO DE DISCIPLINA
( ) OUTROS: _____
_____

*** DEVE VIR ACOMPANHADO DE REQUERIMENTO PRÓPRIO**

DESCRIÇÃO SUCINTA (se necessário):_____

_____

_____ _____

_____

_____

_____ _____

REQUERENTE **RESPONSÁVEL PELO PROTOCOLO**

VIA DO REQUERENTE – DEVERÁ SER GUARDADA ATÉ O FIM DA SOLICITAÇÃO

PROTOCOLO Nº _____ DATA: _____/_____/_____

ALUNO(a)_____

CURSO/TURMA: _____

PRAZO DE ENTREGA:_____

REQUERENTE	**RESPONSÁVEL PELO PROTOCOLO**

REGULAMENTO DA SECRETARIA ACADÊMICA

Protocolo N° DATA:____ /____ /____

SOLICITAÇÃO DE REPOSIÇÃO DA AVALIAÇÃO

1ª VIA PROFESSOR

ALUNO:_____

CURSO:_____

DISCIPLINA:_____

PROFESSOR (A):_____

MATRÍCULA:_____

FONE:_____

Documento apresentado no ato da solicitação:

( ) Atestado médico
( ) Atestado de óbito
( ) Convocação de reservista
( ) OUTROS: _____
_____

JUSTIFICATIVA:
_____
_____
_____

_____ _____
REQUERENTE Ass. Pai ou responsável (quando menor)

Professor Responsável:_____ Assinatura: _____
Parecer: ( ) Deferido ( ) Indeferido
Reposição realizada em: _____/_____/_____

2ª VIA ALUNO

PROTOCOLO N°: DATA:____ /____ /____

ALUNO:_____

CURSO/TURMA:_____

Professor Responsável:_____

Parecer: ( ) Deferido* ( ) Indeferido

Reposição a ser realizada em: ____/___/_____ Data:___/___/_____

_____
Assinatura do professor

*A reposição de avaliação deverá ocorrer no máximo em até 15 dias úteis, a contar da data do deferimento.

REGULAMENTO DA SECRETARIA ACADÊMICA

Protocolo N° DATA:____ /____ /____

SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA PARA OUTRA INSTITUIÇÃO

Eu, _____, RG nº_____,

CPF nº _____, aluno (a) regularmente matriculado (a) no curso _____,

sob o número _____, solicito a TRANSFERÊNCIA PARA OUTRA INSTITUIÇÃO pelos

motivos de: _____

_____

Assim sendo, pede deferimento.

Clevelândia, _____de_____de _____.

_____ _____

REQUERENTE Assinatura pai e/ou responsável (quando menor)

Assinatura e Carimbo da Secretária

* O aluno deverá recolher junto a Biblioteca, declaração de NADA CONSTA e apresentar a DECLARAÇÃO DE VAGA da outra Instituição.

REGULAMENTO DA SECRETARIA ACADÊMICA

Protocolo N° DATA:____ /____ /____

SOLICITAÇÃO DE TRANCAMENTO DE MATRÍCULA

Eu, _____, RG nº_____,

CPF nº _____, aluno (a) regularmente matriculado (a) no curso _____

_____, sob o número _____, solicito o TRANCAMENTO DE

MATRÍCULA no referido curso, pelos motivos de:

_____

_____

_____.

Assim sendo, pede deferimento.

Clevelândia, _____de_____de _____.

_____ _____

REQUERENTE Assinatura pai e/ou responsável (quando menor)

REGULAMENTO DA SECRETARIA ACADÊMICA

Protocolo N° DATA:____ /____ /____

SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE MATRÍCULA

Eu, _____, RG nº_____

CPF nº _____, aluno (a) regularmente matriculado (a)

no curso _____, sob o número _____, solicito o

CANCELAMENTO DE MATRÍCULA no referido curso, pelos motivos de:_____

_____

_____

Declaro estar ciente de que ao cancelar a matrícula todos os atos acadêmicos tornam-se nulos e encerrados, tanto com o curso quanto com a Instituição.

Clevelândia, _____de_____de _____.

_____ _____

REQUERENTE Assinatura pai e/ou responsável (quando menor)