



TRANCAMENTO DE MATRÍCULA DO CURSO

Senhor(a) Coordenador(a),

AO TEMPO QUE O(A) REQUERENTE DECLARA-SE CIENTE DE QUE:

1. O trancamento de matrícula do Curso deverá ser solicitado dentro do prazo estabelecido no Calendário Acadêmico em vigência;
2. A solicitação poderá ou não ser autorizada pelo **COLEGIADO DO CURSO**;
3. O trancamento de matrícula no período poderá ser efetivado pelo prazo máximo de 04 (quatro) semestres, consecutivos ou não, quando então obrigará-se-á o aluno a reassumir as atividades acadêmicas de seu curso, sob pena de desligamento do mesmo.
4. Somente a partir do 2º (segundo) período será permitido ao aluno o trancamento de matrícula de Curso, exceto nos casos de necessidade de afastamento por questões de saúde, comprovados pela junta médica da UFAL, ou decorrente de serviço militar obrigatório.

OBSERVAÇÕES:

- Preenchimento em letras de forma.
- Requerimento entregue na Coordenação do Curso para, após parecer do Colegiado do Curso, ser devolvido ao DRCA.
- Solicitações deferidas serão efetuadas no sistema acadêmico, pelo DRCA, após o último dia para solicitação previsto no Calendário Acadêmico.
- Informações através do telefone 3214-1087 e no e-mail: secretaria@drca.ufal.br.

NOME:	
CURSO:	MATRÍCULA:
E-MAIL:	TELEFONE(S):

O(a) aluno(a) abaixo assinado e acima qualificado(a) vem requerer a V.Sª. a autorização para o trancamento de matrícula no Curso, nos termos do art. 7º, da Resolução nº 25/2005 – CEPE, de 26 de outubro de 2005, pelos MOTIVOS a seguir:

O aluno encontra-se, atualmente, vinculado nesta Instituição de Ensino Superior no _____ período do Curso acima mencionado, referente ao (1º ou 2º) _____ semestre letivo do ano de _____ (ano acadêmico).

Maceió, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) aluno(a)

.....
PARECER DO COLEGIADO DO CURSO: 1. () DEFERIDO;
2. () INDEFERIDO; MOTIVO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO(A) COORDENADOR(A)

_____/_____/_____
DATA DA ASSINATURA