UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

SECOM

|  |
| --- |
| NOME: |
| CURSO: REGISTRO: |
| ENDEREÇO: |
| BAIRRO: CIDADE: |
| ESTADO: CEP: |
| TEL. RESIDENCIAL: CELULAR: |
| E-MAIL: |

Vem mui respeitosamente solicitar de V. Sª o item abaixo discriminado, anexado à documentação correspondente:

( ) CANCELAMENTO DE MATRÍCULA PARA / SEMESTRE.

OBRIGATÓRIO anexar documento de identificação e declaração de nada consta da biblioteca.

( ) REMATRÍCULA DE MATRÍCULA CANCELADA.

OBRIGATÓRIO anexar comprovante da justificativa.

JUSTIFICATIVA DO PEDIDO ASSINALADO: (Caso necessário juntar folha anexa)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura