|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TRANCAMENTO DE MATRÍCULA** | | | |
| Interessado: | | | |
| Curso: | | Registro (DRE): | |
| E-mail: | | | Telefone: |
| O aluno é beneficiário de Bolsa? ( ) Sim ( ) Não Tipo:  O aluno é beneficiário do Alojamento Estudantil? ( ) Sim ( ) Não | | | |
| Motivo: | | | |
| Tempo previsto de trancamento: períodos letivos  Pretende voltar a fazer o mesmo curso? ( ) Sim ( ) Não  Onde pretende continuar o curso? ( ) UFRJ ( ) outra:  Por que?  Pretende mudar de curso? ( ) Sim ( ) Não  Para qual curso pretende mudar?  Quais as razões? | | | |
| Data: | Assinatura: | | |