



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO**  
DIVISÃO DE REGISTRO ESCOLAR

**FORMULÁRIO PARA TRANCAMENTO DE MATRÍCULA EM DISCIPLINAS PÓS-GRADUAÇÃO**

Nome do aluno requerente:

Matricula	CPF
Curso	Turno
Telefone	E--mail

O(a) aluno(a) regulamente matriculado(a) no curso acima mencionado conforme Artigo 41, do Regulamento Geral do Programa de Pós-graduação desta Instituição, vem requerer o trancamento da disciplina abaixo discriminada:

Nome da Disciplina:

Nome do Professor (Legível e letra de forma )

Data : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do Aluno Requerente

**INFORMAÇÕES DO PROFESSOR** (reservado ao professor)

Percentual de Carga horária ministrada

Total de Faltas

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do Professor

**DESPACHO DA COORDENAÇÃO**

(Conforme informações prestadas acima pelo professor)

**DEFERIDO**

**INDEFERIDO**

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do Coordenador

Art. 41, § 1º: O pedido de trancamento de matrícula solicitado no prazo fixado pelo curso ou Programa de Pós-graduação, de conformidade com seu o calendário escolar, constará de requerimento do discente ao Coordenador, com as devidas justificativas e aquiescências do Orientador.