

**CEFET-MG**

Diretoria de Graduação

REQUERIMENTO DE ALUNOS

À COORDENAÇÃO DO CURSO DE:	REQUERIMENTO Nº:
----------------------------	------------------

Nome:	
-------	--

Matrícula:	E-mail:
------------	---------

Telefone fixo:	Celular:
----------------	----------

O aluno abaixo assinado requer:	
<input type="checkbox"/> Aproveitamento de estudos	<input type="checkbox"/> Recurso ao Conselho de Graduação
<input type="checkbox"/> Atividades complementares - validação de horas	<input type="checkbox"/> Revisão de prova
<input type="checkbox"/> Dispensa de disciplina	<input type="checkbox"/> Trancamento de matrícula parcial
<input type="checkbox"/> Dispensa de disciplina - Revisão do processo	<input type="checkbox"/> Trancamento de matrícula total
<input type="checkbox"/> Ementa(s) de disciplina (s)	<input type="checkbox"/> Reingresso
<input type="checkbox"/> Plano(s) de ensino	<input type="checkbox"/> Reopção de curso
<input type="checkbox"/> Matrícula em disciplina eletiva	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Quebra de pré-requisito para provável formando	

Descrição:

Documentos anexados:

Data: ____ / ____ / ____	Assinatura do Aluno	Assinatura do Funcionário
--------------------------	---------------------	---------------------------

Encaminhamento:

Parecer da Coordenação:	
Data: ____ / ____ / ____	Assinatura do Coordenador