

REQUERIMENTO

TRANCAMENTO / CANCELAMENTO

Nome: _____ nº _____

Área de Concentração: FORMAÇÃO DE PROFESSORES E GESTORES

MESTRADO PROFISSIONAL

() L1: Formação Docente e Profissionalidade

() L2: Política e Gestão das Educação

Requer: _____

Justificativa: _____

Tel.: Comercial: _____ Residência: _____ Celular: _____

E-mail: _____

São Caetano do sul, ____/____/____

assinatura do(a) discente

Informações da Biblioteca:

_____/_____/_____

Informações da Tesouraria:

() Em débito ____ parcelas R\$ _____ ____/____/____

() Em dia _____ ____/____/____

Despacho do(a) Orientador(a): Prof(a) Dr(a) _____

_____/_____/_____

assinatura

Despacho do(a) Gestor(a): Prof(a) Dr(a) _____

_____/_____/_____

assinatura

Ciência do(a) responsável (a) pela contrapartida:

Prof(a) Dr(a) _____

_____/_____/_____

assinatura

Informações da Secretaria: Nome: _____

Início: ____/____/_____
Término: ____/____/_____

Bolsista: () Sim _____ () Não

Obs.: _____

Qualificação: ____/____/_____

Prorrogação: ____/____/_____ () Meses Término: ____/____/_____

_____/_____/_____

assinatura

Recebi, ciente do despacho

São Caetano do Sul, ____/____/_____

assinatura do(a) discente

OBS.: Os pedidos de **trancamento/cancelamento** de matrícula deverão ser justificados, sob pena de indeferimento. O aluno que no prazo de **15 dias** após o despacho não comparecer à Secretaria da Pós-Graduação para ciência terá seu requerimento automaticamente cancelado.

Cancelamento/ Trancamento: O mestrando deve quitar todos os eventuais débitos até o mês em curso.

O prazo do **trancamento** de matrícula será computado no prazo regimental do mestrando.