

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE MATRÍCULA
ELETIVA / FORMAÇÃO LIVRE / FORMAÇÃO COMPLEMENTAR

NOME DO ALUNO(A):		
NÚMERO DE MATRÍCULA NA UFMG:		
CURSO DE ORIGEM:		
E-MAIL:		
TELEFONE:		
DISCIPLINAS PARA AS QUAIS SOLICITA CANCELAMENTO DE MATRÍCULA:		
CÓDIGO	NOME	TURMA

ESPAÇO RESERVADO À SECRETARIA DO CURSO DE MESTRADO:

Lançado no Sistema Acadêmico em: ____ / ____ / ____.
Comunicado ao aluno, por e-mail, em: ____ / ____ / ____.