

REQUERIMENTO DE TRANCAMENTO PARCIAL DE MATRÍCULA

NOME DO ALUNO(A):		
NÚMERO DE MATRÍCULA NA UFMG:		
E-MAIL:		TELEFONE:
ORIENTADOR:		
DISCIPLINAS PARA AS QUAIS SOLICITA O TRANCAMENTO DE MATRÍCULA:		
CÓDIGO	NOME	TURMA
Justificativa (usar o verso, se necessário):		
Data: ____/____/____	_____	
	Assinatura do(a) aluno(a)	
Data: ____/____/____	_____	
	Assinatura do(a) orientador(a)	

ESPAÇO RESERVADO À SECRETARIA DO CURSO DE MESTRADO:

Aprovado em : ____/____/____	Lançado no Sist. Acad. em: ____/____/____.
Comunicado ao aluno em: ____/____/____.	