

REQUERIMENTO DE TRANCAMENTO PARCIAL DE MATRÍCULA

Nº:

NOME:

Nº DE MATR.:

ORIENTADOR(A):

E-MAIL:

TEL. RES.: ()

CELULAR: ()

Como aluno(a) regular do Programa de Pós-Graduação em Administração, declaro que estou ciente das regras de trancamento de matrícula presentes no Regulamento da Pós-graduação em Administração e venho requerer ao Colegiado do Programa o trancamento de matrícula na(s) disciplina(s) abaixo discriminada(s):

Nº	DISCIPLINA
1	
2	
3	
4	

JUSTIFICATIVA:

Belo Horizonte, ____ de ____ de ____.

Assinatura do(a) Aluno(a)

COMPROVANTE DE ENTREGA DE REQUERIMENTO DE TRANCAMENTO
PARCIAL DE MATRÍCULA

Nº:

Aluno(a):

Data: ____/____/____

Assinatura do funcionário do PPGA

NÃO PREENCHA ESTES CAMPOS

[illegible][illegible]