



REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE MATRÍCULA

Dados do acadêmico

Nome: _____ RGM: _____

Dados do curso

Curso: _____

Habilitação: _____

Unidade: _____

Turno: _____

Requer: **Cancelamento voluntário de matrícula.**

Assinalar o (s) motivo (s):

- | | | |
|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Matrícula em outro curso da UEMS; | <input type="checkbox"/> Trabalho; | <input type="checkbox"/> Outro |
| <input type="checkbox"/> Matrícula em outra instituição; | <input type="checkbox"/> Não gostei do curso; | |
| <input type="checkbox"/> Problemas financeiros; | <input type="checkbox"/> Moro em outra cidade; | |

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do requerente (por escrito ou digital).

Secretaria acadêmica

Cancelamento lançado em:

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do servidor responsável (por escrito ou digital).

Encaminhado a DRA para arquivo em:

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do servidor responsável (por escrito ou digital).