|  |  |
| --- | --- |
|  | **SOLICITAÇÃO DE DESLIGAMENTO DE CURSO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** |
| **Aluno(a)** |
| NOME COMPLETO:      |
| TURMA:      | PERÍODO:      | TELEFONE:       |
| E-MAIL:      |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL:      | NÚMERO:       | COMPLEMENTO:       |
| BAIRRO:       | CIDADE:       | UF:       | CEP:       |
| JUSTIFICATIVA:      |
| ASSINATURA DO ALUNO:  | DATA: |
| **Secretaria de Registro e Controle Acadêmico** |
| Aluno(a) encontra-se frequente? [ ]  Sim [ ]  NãoObservação:Aluno está na iminência de ser reprovado em 3 (três) disciplinas? [ ]  Sim [ ]  NãoObservação: |
| ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: | MASP / MATRÍCULA: | DATA: |
| **Coordenação do Curso** |
| OBSERVAÇÕES: |
| ASSINATURA DO COORDENADOR DO CURSO: | DATA: |