



## REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DO REGISTRO ACADÊMICO

N° DO PROTOCOLO

N° \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
CAA-CRCA/SRCA**1 - Identificação do interessado**

Nome:

Matrícula:

Ano de Ingresso:

Endereço:

Cidade:

CEP:

UF:

Email:

Telefone:

**2 - Curso****3 - Solicitação**

Solicito à Secretaria de Registro e Controle Acadêmico do CEFET-MG o cancelamento do registro acadêmico (Desistência do curso):

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
data\_\_\_\_\_  
assinatura do interessado**4- Nada Consta**

Biblioteca Universitária - BU

Débito? ( ) Sim

( ) Não

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
data\_\_\_\_\_  
Carimbo do órgão / assinatura

Secretária de Política Estudantil – SPE

Débito? ( ) Sim

( ) Não

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
data\_\_\_\_\_  
Carimbo do órgão / assinatura

Setor de Estágio

Débito? ( ) Sim

( ) Não

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
data\_\_\_\_\_  
Carimbo do órgão / assinatura**5 – Recibo do Requerimento de Cancelamento do Registro Acadêmico**

Nome do aluno/procurador:

N° de Matrícula:

Curso:

Data da Solicitação:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Declaramos que o interessado, acima identificado, requereu nessa data o cancelamento do seu Registro Acadêmico nesta Instituição de Ensino – Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais.****(Uso Exclusivo da CAA-CRCA/SRCA)**\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
protocolo\_\_\_\_\_  
assinatura do servidor