SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

CEFET-MG

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DO REGISTRO ACADÊMICO

N° DO PROTOCOLO N°_____/_____ CAA-CRCA/SRCA

1 - Identificação do interessado

Nome:			
Curso:		**Matrícula:**	**Ano de Ingresso:**
Endereço:	**Cidade:**	**CEP:**	**UF:**
E-mail:		**Telefone:**	

2 - Solicitação

Solicito à Coordenação de Registro Acadêmico o cancelamento do registro acadêmico (Desistência do curso):

Data: _____/_____/_____ _____

Asssinatura do Interessado

3 - Nada Consta

Biblioteca Universitária - BU Débito? ◯ Sim ◯ Não

Data: _____/_____/_____ _____

Asssinatura do Interessado

Coordenação de Desenvolvimento Estudantil - CDE Débito? ◯ Sim ◯ Não

Data: _____/_____/_____ _____

Asssinatura do Interessado

Setor de Estágio Débito? ◯ Sim ◯ Não

Data: _____/_____/_____ _____

Asssinatura do Interessado

4 - Recibo do Requerimento de Cancelamento do Registro Acadêmico

Nome do aluno/procurador:		
Curso:	**Matrícula:**	**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.

Protocolo: _____/_____ _____

(Uso Exclusivo da CAA-CRCA/SRCA) Asssinatura do Servidor