



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Educação, da Cultura e dos Desportos – SECD
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE – UERN
Pró-Reitoria de Ensino de Graduação – PROEG
Diretoria de Registro e Controle Acadêmico - DIRCA
Fone: (84) 3315 2167, Fax: (84) 3315 2162, e-mail: dare@uern.br



REQUERIMENTO DE DESLIGAMENTO DE CURSO POR ATO VOLUNTÁRIO Cancelamento do programa de estudo

Semestre Letivo: _____

A(o): _____
Superintendente do Departamento de Admissão e Registro Escolar

Nome do requerente:	Matrícula:	
Identidade:	CPF:	
Curso:	Turno:	Semestre de Ingresso:
Campus/Núcleo:		

Que este subscreve, solicita **Desligamento de curso por ato voluntário**, com amparado legal no Regulamento de Cursos de Graduação art. 207.

Anexado ao pedido:

Comprovante de nada consta do Sistema Integrado de Biblioteca.

_____, ____ de _____ de _____
Local e data:

Assinatura do(a) Requerente

Assinatura e matrícula do(a) Servidor(a)

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Comunicado à Unidade Universitária de vínculo do requerente por correspondência interna:

Memorando nº _____, datado de ____/____/____

.....



Desligamento por ato voluntário

Faculdade/Campus/Núcleo: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e matrícula do(a) Servidor (a)