Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Educação e da Cultura - SEEC
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE – UERN
Pró-Reitoria de Ensino de Graduação – PROEG
BR 110 – KM 46 – Rua Prof. Antônio Campos, s/n – Bairro Costa e Silva
Fone: (84) 3315.2162– *home page*: www.uern.br
E-mail: **proeg@uern.br - CEP: 59.633.010 –Caixa Postal 70-Mossoró-RN**

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE MATRÍCULA INSTITUCIONAL POR VONTADE PRÓPRIA

A(o): Prof. José Egberto Mesquita Pinto Júnior
Diretora de Registro e Controle Acadêmico – DIRCA

Ano/Semestre de ingresso 20___/____

Nome Completo do Estudante (não abreviar)

Data de Nascimento (dd/mm/aaaa) **Documento de Identidade** **CPF** -

Endereço (rua, avenida, praça, rodovia, etc.)

Bairro **CEP**

Cidade **UF** **Telefone com DDD**

Curso

Campus de funcionamento do curso:

- ☐ Campus Universitário Central
- ☐ Campus Avançado Prefeito Walter de Sá Leitão – CAWSL
- ☐ Campus Avançado Profª Maria Elisa de Albuquerque Maia – CAMEAM
- ☐ Campus Avançado de Patu – CAP
- ☐ Campus Avançado de Natal – CAN
- ☐ Campus Caicó – CaC

Que este subscreve, solicita cancelamento de matrícula institucional de curso por vontade própria, com amparado Legal no Regulamento de Cursos de Graduação (Artigos 124 e 140).

_____, ___ de _____ de _____

_____
Assinatura do Requerente

(Via da DIRCA)

Corte aqui

(Via do requerente)

Protocolo cancelamento de matrícula institucional por vontade própria

Requerente: _____

Curso: _____

Que este subscreve, solicita cancelamento de matrícula institucional de curso por vontade própria, com amparado Legal no Regulamento de Cursos de Graduação (Artigos 124 e 140).

_____, ___ de _____ de _____

Assinatura do Diretor da DIRCA