



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
Departamento de Admissão e Registro Escolar - DARE
Fone: (84) 3315 2167, Fax: (84) 3315 2162, e-mail: dare@uern.br



REQUERIMENTO DE DESLIGAMENTO DE CURSO POR VONTADE PRÓPRIA
Cancelamento do programa de estudo

Semestre Letivo: _____

À: Profa. Maria do Socorro Aragão Paim
Superintendente do Departamento de Admissão e Registro Escolar

Nome do requerente:

--

Identidade: _____ CPF: _____

--	--

E-mail: _____ Telefone Fixo: _____ Telefone Móvel: _____

--	--	--

Curso: _____ Turno: _____ Semestre de Ingresso: _____

--	--	--

Faculdade ou Campus Avançado/Núcleo:

--

Que este subscreve, solicita **Desligamento de curso por vontade própria/Cancelamento do seu programa de estudo**, com amparado Legal no Regulamento de Cursos de Graduação (Art. 184). Anexado ao pedido:

[] Comprovante de nada consta do Sistema Integrado de Biblioteca.

_____, ____ de _____ de _____
Local e data:

Assinatura do 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 ____/____/____

.....

	<u>Desligamento por vontade própria</u>
	Nome: _____
	Faculdade/Campus/Núcleo: _____
Data: ____/____/____	_____
	Assinatura e matrícula do(a) Servidor (a)