**SOLICITAÇÃO DE TRANCAMENTO DE MATRÍCULA**

NOME: ............................................................................................................................................................................

Nº MATRÍCULA: ......................................................

ORENTADOR: ..................................................................................................................................................................

AO COLEGIADO DELEGADO DO PPGCR:

SOLICITO O TRANCAMENTO DE MATRÍCULA POR UM PERÍODO DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MESES:

INÍCIO: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

TÉRMINO: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

JUSTIFICATIVA:

..........................................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................................

ARARANGUÁ, ................./................./..............

.............................................................. .............................................................

ASS. DO ALUNO ASS. DO ORIENTADOR

*Obs. As solicitações de trancamento serão avaliadas pelo Colegiado Delegado do PPGCR.*