|  |  |
| --- | --- |
| **Trancamento de Matrícula** | **SEMESTRE / ANO** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome: Turma: | | |
| E-mail: | Tel. | Cel. |
|  | | |
| Data da Solicitação: | | |
| Aprovado em Reunião de Colegiado: | Data da Reunião de Colegiado: | |
| Período de Trancamento: |  | |
|  | | |
|  |  | |
| Justificativa: | | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |

O Mestrando declara ter conhecimento de que o trancamento será pelo período de até 6 (seis) meses, e caso não compareça no semestre seguinte ao trancamento para fazer a inscrição nas disciplinas, será considerado que o mesmo abandonou o curso.

|  |  |
| --- | --- |
| Assinatura do Mestrando: | Data: |
| Assinatura do Orientador do Mestrando: | Data: |
| Assinatura do Coordenador do PPGMC: | Data: |