|  |  |
| --- | --- |
| **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: |