



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
Diretoria de Registro e Controle Acadêmico - DIRCA
Campus Universitário BR 110-Km46 - Rua Prof. Antonio Campos, s/n - Bairro Costa e Silva - CEP: 59633-010-Mossoró/RN - Fone: (84) 3315-2168 - Fax: (84) 3315-2167
Home page: www.uern.br - E-mail: dirca@uern.br
CNPJ: 08.258.295/0001-02



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

Semestre Letivo: _____

A(o):

Diretora de Registro e Controle Acadêmico – DIRCA

Nome do requerente:

Matrícula:

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
|-------|-------|

Identidade:

CPF:

Email:

| | | |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
|-------|-------|-------|

Curso:

Turno:

Semestre de Ingresso:

| | | |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
|-------|-------|-------|

Campus/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 ____/____/____

.....
.....



Desligamento por vontade própria

Faculdade/Campus/Núcleo: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e matrícula do(a) Servidor