REQUERIMENTO PARA RECURSO CONTRA POSSÍVEL DESLIGAMENTO POR ABANDONO DE CURSO

Exmo. (a) Senhor (a) Presidente da Câmara de Ensino de Graduação/CONSEPE

1- NOME COMPLETO

2- IDENTIDADE nº **3- CPF nº**

4- ENDEREÇO (Rua e Número)

5-COMPLEMENTO (Apto. , Bloco, etc) **6- BAIRRO**

7- CEP **8- CIDADE** **9- UF**

10- TELEFONE CELULAR **11- TELEFONE RESIDENCIAL**

12- E-MAIL DO REQUERENTE **13- CAMPUS OU NÚCLEO**

14- CURSO/PERÍODO **14- MATRÍCULA nº**

VENHO, À PRESENÇA DE V. S.ª, INTERPOR **RECURSO CONTRA POSSÍVEL DESLIGAMENTO,** PELOS MOTIVOS E FATOS A SEGUIR DELINEADOS (**juntar Histórico e requerimento assinado, acompanhado de documentos que comprovem os motivos alegados**):

_____

_____

_____

_____

Mossoró/RN,____/____/_____. _____

Assinatura do Requerente

PROTOCOLO/PROCESSO Nº	
DATA_____/_____/	**SERVIDOR:**
Contatos da CEG/CONSEPE: ***Fone: (84) 3315-2175 – e-mail: ceg@uern.br***	