|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | /var/folders/s7/d80hbpz17x9bfsw4x20sqn280000gn/T/com.microsoft.Word/Content.MSO/8036A569.tmp | INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA  CAMPUS JOÃO PESSOA  **REQUERIMENTO DO DISCENTE** |  | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME | | MATRÍCULA |
| CURSO | | |
| TELEFONE | E-MAIL | |

**Vem requerer:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Aproveitamento de estudos | | Revisão de Prova | | |
| Trancamento de Disciplinas | | Reabertura de Matrícula | | |
| Análise de Justificativa de Falta | | Interrupção de Estudos (1 semestre) | | |
| Trancamento de Matrícula (1 semestre) |  | | |  |
| Outros (exemplifique): |  | | | |
|  | | | | |
| Informações adicionais: | | | | |
| Nestes termos pede deferimento. | | | João Pessoa, PB, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do requerente ou responsável | | | | |
|  | | | | |