

SOLICITAÇÃO DE TRANCAMENTO DE MATRÍCULA

À Comissão Coordenadora do PPGEM

Eu _____, Cartão UFRGS _____

Nível: () MESTRADO ACADÊMICO () DOUTORADO

Área: () CTM () TMAME () PF

solicito trancamento da matrícula, por ____ meses, a partir de ____/____/____.

Motivo do Trancamento:

Obs.: O período máximo de trancamento é de 6 meses, podendo ser prorrogado por mais 6 meses, com nova solicitação.

Porto Alegre, ____ de _____ de 20__

Carimbo e Assinatura do(a) Orientador(a)

Assinatura do(a) Aluno(a)