

**REQUERIMENTO DE ALUNOS**

Secretaria de Registro e Controle Acadêmico

Nº DO PROTOCOLONº _____ / _____
CAA-CRCA/SRCA**REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DO REGISTRO ACADÊMICO****1 - Identificação do interessado**

Nome:

Matrícula:

Ano de Ingresso:

Endereço:

Cidade:

CEP:

UF:

Email:

Telefone:

2 - Curso**3 - Solicitação**

Solicito à CRCA/CAA/SRCA/CEFET-MG o cancelamento do registro acadêmico (Desistência do curso):

Motivo:

_____/_____/_____
data_____
assinatura do interessado**4- Nada Consta****Biblioteca Universitária - BU**

Débito? () Sim () Não

_____/_____/_____
data Carimbo do órgão / assinatura**Secretária de Política Estudantil – SPE**

Débito? () Sim () Não

_____/_____/_____
data Carimbo do órgão / assinatura**Setor de Estágio**

Estágio Ativo () Sim () Não

Data ____/____/_____
Carimbo do órgão / assinatura**5 – Recibo do Requerimento de Cancelamento do Registro Acadêmico**

Nome do aluno/procurador:

Nº de Matrícula:

Curso:

Data da Solicitação:

_____/_____/_____

Declaramos que o interessado, acima identificado, requereu nessa data o cancelamento do seu Registro Acadêmico nesta Instituição de Ensino – Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais.**(Uso Exclusivo da CAA-CRCA/SRCA)**_____/_____
protocolo_____
assinatura do servidor