SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE MATRÍCULA

Aluno(a):

Matrícula:  Curso:

E-mail:  Telefone:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Disciplina solicitada | | | |
| **Código** | **Nome** | **Turma** | **Solicitação** |
|  |  |  | Inclusão  Exclusão |
|  |  |  | Inclusão  Exclusão |
|  |  |  | Inclusão  Exclusão |
|  |  |  | Inclusão  Exclusão |
|  |  |  | Inclusão  Exclusão |

Declaro que preencho os requisitos necessários para efetivação da matrícula:

– Possuo o pré-requisito obrigatório da(s) disciplina(s) solicitada(s);

– Os horários da(s) disciplina(s) solicitada(s) se encaixam no meu horário atual sem choques com disciplinas já matriculadas no período;

– A carga horária matriculada no período não irá ultrapassar a carga horária máxima por semestre, conforme projeto pedagógico do meu curso, incluindo a carga horária referente à(s) disciplina(s) solicitada(s) (CH matriculada =      ; CH máxima =      );

Declaro que estou ciente de que:

– O deferimento do pedido dependerá da existência de vaga ou, em caso de inexistência, da autorização para acréscimo de vaga pelo professor da turma;

– A prioridade para preenchimento das vagas existentes será por ordem de solicitação.

*Cidade Universitária “Prof. José Aloísio de Campos”,* *São Cristóvão, de de .*

Assinatura do(a) aluno(a)