



## TRANCAMENTO DE MATRÍCULA DO CURSO

Senhor(a) Coordenador(a),

O(A) aluno(a) abaixo assinado e qualificado(a) vem requerer a V.S.<sup>a</sup> a autorização para o **TRANCAMENTO DE MATRÍCULA DO CURSO**, nos termos do art. 7º, da Resolução nº 25/2005 – CEPE, de 26 de outubro de 2005.

Ao tempo que o(a) requerente declara-se ciente de que:

1. O trancamento de matrícula do curso deverá ser solicitado dentro do prazo estabelecido no Calendário Acadêmico em vigência;
2. A solicitação poderá ou não ser autorizada pelo COLEGIADO DO CURSO;
3. O trancamento de matrícula no período poderá ser efetivado pelo prazo máximo de 04 (quatro) semestres, consecutivos ou não, quando então obrigar-se-á o aluno a reassumir as atividades acadêmicas de seu curso, sob pena de desligamento do mesmo;
4. Somente a partir do 2º (segundo) período será permitido ao aluno o trancamento de matrícula de Curso, exceto nos casos de necessidade de afastamento por questões de saúde, comprovados pela junta médica da UFAL, ou decorrente de serviço militar obrigatório;

### OBSERVAÇÕES:

- a) Preenchimento em letras de forma.
- b) Abrir processo administrativo na COORDENAÇÃO DO CURSO > Requerimento será entregue na Coordenação do Curso para, após parecer do Colegiado do Curso, ser devolvido ao DRCA > Consulta pública do processo administrativo através do site: <http://sipac.sig.ufal.br/sipac/>
- c) Solicitações deferidas serão efetuadas no sistema acadêmico, pelo DRCA, após o último dia para solicitação prevista no Calendário Acadêmico.
- d) Informações através do telefone (82) 3214-1087 e no e-mail: [secretaria@drca.ufal.br](mailto:secretaria@drca.ufal.br)

NOME:	CPF:
CURSO:	MATRÍCULA:
E-MAIL:	TELEFONE(S):

MOTIVO:

O aluno encontra-se, atualmente, vinculado nesta Instituição de Ensino Superior no \_\_\_\_\_ período do Curso acima mencionado, referente ao (1º ou 2º) \_\_\_\_\_ semestre letivo do ano de \_\_\_\_\_ (ano acadêmico).

Maceió, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) aluno(a)

**PARECER DO COLEGIADO DO CURSO:** 1. ( ) DEFERIDO 2. ( ) INDEFERIDO

MOTIVO DO INDEFERIMENTO:

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO(A) COORDENADOR(A)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DATA