



SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE MATRÍCULA

Unidade de Ensino: **FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

Nome do aluno: _____

Período: _____ DRE n°.: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Telefones: _____

E-mail: _____

O aluno é beneficiário do Alojamento Estudantil () sim () não

O aluno é beneficiário de Bolsa () sim () não

Motivo do pedido de CANCELAMENTO DE MATRÍCULA
(preenchido pelo aluno)

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

(assinatura do aluno)

Parecer avaliativo do Professor Orientador ou da Comissão de Orientação Acadêmica.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

(assinatura)

Parecer final do Diretor: () DEFERIDO () INDEFERIDO

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

(assinatura)