

SOLICITAÇÃO DE TRANCAMENTO DA PÓS-GRADUAÇÃO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) DISCENTE** | | | |
| Nome completo : | | | |
| Nº de matrícula: | | Nível: ( ) Mestrado / ( ) Doutorado | |
| Programa: | | | |
| E-mail: | | Celular: ( ) | |
| **2. SOLICITAÇÃO** | | | |
| Período/Ano do trancamento: | | | |
| Solicito:  ( ) o Trancamento **DA(S) DISCIPLINA(S)**, abaixo: (Art. 30 Resolução UnB/CEPE 0080/2021) | | | |
| **CÓDIGO DA DISCIPLINA** | **NOME DA DISCIPLINA** | | **TURMA** |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| ( ) o Trancamento **GERAL** de matrícula. (Art. 29 Resolução UnB/CEPE 0080/2021) | | | |
| Motivo:  ( ) Saúde do(a) discente. (documento obrigatório: comprovante(s) médico(s) e/ou psicológico(s) ( ) Licença maternidade - Resolução CPP 04/2020. (documento obrigatório: certidão de nascimento)  ( ) Outro(s). (documento obrigatório: comprovante do impedimento)  *\*Neste caso, utilizar o formulário de exposição de motivos para especificar.* | | | |
| **4. DECLARAÇÃO / ASSINATURA DO(A) DISCENTE** | | | |
| Brasília \_, de , de 202 .  ( ) Declaro a veracidade das informações prestadas neste formulário e das comprovações que o acompanham, quando pertinentes.  **\_ Assinatura do(a) discente** | | | |