MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO

Pró-Reitoria de Graduação

Rodovia BR 465, km 7 - Seropédica - CEP: 23.897-000, RJ Telefax: (21)2682-1112

**Requerimento à Direção do Departamento de Assuntos Acadêmicos e Registro Geral (DAARG)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dados do Requerente** | | | | | | |
| Nome: | | | | | | |
| E-mail: | | | | Curso: | | |
| Matrícula: | | | CPF: | | | Tel.: |
| **Assinale a opção relativa a sua solicitação:** | | | | | | |
|  | Alteração de Nome Civil | | | | | |
|  | Aproveitamento de Créditos | | | | | |
|  | Cancelamento de Matrícula | | | | | |
|  | Inclusão de Nome Social | | | | | |
|  | Matrícula Vínculo | | | | | |
|  | Reingresso interno (modalidade / habilitação) | | | | | |
|  | Trancamento extemporâneo de matrícula | | | | | |
|  | Transferência Externa (informar destino): | | | | | |
|  | Movimentação Interna ***para:*** (registre a opção abaixo) | | | | **Exclusivamente para os casos de movimentação interna, anexar os seguintes documentos:**   1. Histórico Escolar. 2. Planilha de Horário. 3. Ementas das Disciplinas Cursadas. 4. Comprovante de Residência. | |
|  | ( ) | modalidade distância |  |  |
|  | ( ) | modalidade presencial |  |  |
|  | ( ) | outro câmpus |  |  |
|  | ( ) | outro turno |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NADA CONSTA (somente nos casos de cancelamento de matrícula)** | | |
| ***BIBLIOTECA*** | ***ALOJAMENTO*** | ***PROPPG*** |
| Declaro que não há registro de débitos do requerente junto a este órgão, até a presente data.  Em / / | Declaro que não há registro de débitos do requerente junto a este órgão, até a presente data.  Em / / | Declaro que não há registro de débitos do requerente junto a este órgão, até a presente data.  Em / / |
| Assinatura e carimbo do responsável | Assinatura e carimbo do responsável | Assinatura e carimbo do responsável |
| **PARA DISCENTES DE TODOS OS CÂMPUS** | **SOMENTE PARA OS DISCENTES DO CÂMPUS SEROPÉDICA** | |

|  |
| --- |
| **Justificativa (se o campo abaixo não for suficiente, anexe outra folha a este documento)** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Em / / |
| Assinatura |

Conferido para protocolar:

Em / /

Assinatura e carimbo do responsável do setor