



SOLICITAÇÃO DO ALUNO

1 - Identificação Nome		Matrícula	Opção	Forma de Ingresso
Endereço	Cidade	CEP	U.F.	Telefone
E-mail para correspondência				

2 - Solicitação

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Atualização de dados pessoais | <input type="checkbox"/> Trancamento Geral de Matrícula (especificar tipo/período)
Bolsista? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> Ano de Conclusão do Ensino Médio _____ | <input type="checkbox"/> Histórico Escolar |
| <input type="checkbox"/> CPF _____ - _____ | <input type="checkbox"/> Programa de disciplina (especificar) |
| <input type="checkbox"/> E-mail _____ | <input type="checkbox"/> Documentos para Transferência |
| <input type="checkbox"/> Tel. Celular _____ | <input type="checkbox"/> Mudança de curso (especificar) - somente para o Aluno com Necessidade Especial, de acordo com a Resolução CEPE nº 048/03. |
| <input type="checkbox"/> Cópia de processo | <input type="checkbox"/> Prorrogação do tempo de permanência - somente para o Aluno com Necessidade Especial, de acordo com a Resolução CEPE nº 048/03. |
| <input type="checkbox"/> Cópia de documentação (especificar) | <input type="checkbox"/> Outro (especificar) |
| <input type="checkbox"/> Certificado (especificar tipo/atividade) | |
| <input type="checkbox"/> Declaração (especificar tipo) | |
| <input type="checkbox"/> Desligamento voluntário | |

Especificação/Justificativa _____

Observação: Caso necessário, utilizar Exposição de Motivos.

_____/_____/_____
Data Assinatura do aluno

3 - Autorização

Autorizo a incineração desta solicitação no caso da não retirada de meu pedido, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data marcada para entrega, abaixo indicada.

_____/_____/_____
Data Assinatura do aluno

4- Verificações – PPNE

() O aluno é cadastrado no PPNE () O aluno não é cadastrado no PPNE

_____/_____/_____
Data Assinatura / Carimbo

5 - Verificações - SAA

_____/_____/_____
Data Assinatura / Carimbo

Recibo - UnB/SAA

Recebi do aluno _____ matrícula nº ____/____/____ a solicitação de _____

_____/_____/_____
Data Assinatura / Carimbo

O ALUNO DEVERÁ RETORNAR À SAA NO DIA ____/____/____

RECEBERÁ COMUNICAÇÃO EM ____ DIAS.

6 - Órgão Colegiado

Identificação

Reunião

Data

Relator / Professor

____/____/____

7- Análise da Junta Médica**8 - Análise do Relator****9 - Deliberação do Órgão Colegiado**____/____/____
Data_____
Assinatura / Carimbo**10 - Anotações - SAA**

Comunicação postal / Ciente do Aluno

Verificação e atualização do Histórico Escolar

Pagamento

____/____/____
Data_____
Assinatura / Carimbo____/____/____
Data_____
Assinatura / Carimbo**11 - Recibo / Aluno**

Recebi o documento objeto de minha solicitação

____/____/____
Data_____
Assinatura do aluno**12 - Autorização**

Autorizo o(a) Sr.(a) _____

Identidade/Matrícula nº _____ a retirar os documentos correspondentes a este recibo.

____/____/____
Data_____
Assinatura do Aluno