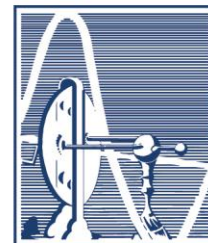




UFRJ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Centro de Ciências da Saúde
Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho



**SOLICITAÇÃO DE TRANCAMENTO DE MATRICULA
CURSO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS: BIOFÍSICA**

(modelo mínimo aprovado pelo CEG)

Nome:

	DRE:
--	-------------

Endereço:

--

Tel:

e-mail:

--	--

O aluno é beneficiário de bolsa? () sim () não Tipo: _____

O aluno é beneficiário do alojamento estudantil? () sim () não

MOTIVO DO TRANCAMENTO (preenchido pelo aluno):

TEMPO PREVISTO DE TRANCAMENTO - _____ PERÍODOS LETIVOS

O aluno pretende voltar a fazer o mesmo curso? () sim () não

Onde pretende continuar o curso? () UFRJ () outra universidade

Por quê? _____

--

Para qual curso pretende mudar? _____

--

Quais as razões? _____

--

Rio de Janeiro, ____/____/____.

assinatura

Av. Carlos Chagas Filho, s/n.

CCS – Bloco G – Coordenação de Graduação, Sala G1-002 – Cidade Universitária – Ilha do Fundão

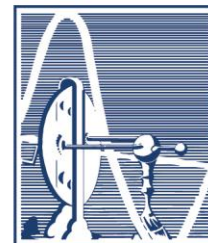
CEP. 21949-902 – Rio de Janeiro RJ – Brasil

Tel.Fax: (0xx21) 3938-6524 – Fax: (0xx21) 2280-8193

e-mail: graduac@biof.ufrj.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Centro de Ciências da Saúde
Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho



**PARECER AVALIATIVO DO PROFESSOR ORIENTADOR OU DA COMISSÃO DE
ORIENTAÇÃO ACADÊMICA**

Nome do professor:

Parecer:

Rio de Janeiro, ____/____/____.

assinatura

PARECER FINAL DO () deferido () indefeido

Rio de Janeiro, ____/____/____.

assinatura