

## SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE MATRÍCULA

ENTRADA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Eu, ....., matrícula nº ....., aluno(a) matriculado(a) no(a) ..... período/fase do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior - IMES, venho requerer o **CANCELAMENTO** da minha matrícula a partir da presente data.

Estou ciente de que efetivado o cancelamento de minha matrícula, perderei a vaga no curso de Medicina, podendo obtê-la novamente se classificado(a) em novo Processo Seletivo da Instituição.

Telefone do(a) aluno(a): (.....)..... E-mail: .....

Motivo do cancelamento de matrícula: .....  
.....  
.....

..... Data: ...../...../.....  
Discente

Parecer do Contas a Receber  
.....  
.....  
.....  
Ass.:.....Data: ...../...../.....

Parecer da Biblioteca  
.....  
.....  
.....  
Ass.:.....Data: ...../...../.....

Parecer da Coordenação de Apoio Psicopedagógico  
.....  
.....  
.....  
Ass.:.....Data: ...../...../.....

Parecer da Diretoria  
.....  
.....  
.....  
Ass.:.....Data: ...../...../.....