

SOLICITAÇÃO DE TRANCAMENTO DE MATRÍCULA

ENTRADA: ____/____/____

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Eu, _____, matrícula nº _____, aluno(a) matriculado(a) no(a) _____ fase/período do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior - IMES, venho requerer **TRANCAMENTO** da minha matrícula no _____ semestre de _____

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

Motivo do trancamento de matrícula:
.....

Estou ciente de que:

- 1) O período de trancamento não poderá exceder a 1 (um) semestre, incluído aquele em que foi concedido o trancamento.
- 2) Deverei comparecer na Central de Atendimento ao Aluno do IMES ao final do semestre em que foi concedido o trancamento, no período de renovação de matrícula estipulado no Calendário Institucional, com a finalidade de renovar minha matrícula.
- 3) O não comparecimento para renovação da matrícula nos prazos estabelecidos, configurar-se-á em desistência do curso, com a perda automática da minha vaga no curso de Medicina do Instituto Metropolitano de ensino Superior.
- 4) O trancamento estará sujeito à não existência de débitos.
- 5) O trancamento não assegura ao aluno o reingresso no currículo que cursava, estando o discente sujeito a adaptação de estudos, em caso de modificação de currículo ocorrida durante o período de afastamento.
- 6) A solicitação de retorno ao curso não assegura ao aluno o direito à frequência e realização de avaliações ocorridas no período de trancamento.

..... 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:/...../.....