

SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

ENTRADA: ____/____/____

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Eu, _____, matrícula nº _____, cursei o/a _____ período/fase do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior - IMES, no _____ semestre de _____, venho requerer MINHA TRANSFERÊNCIA a partir da presente data.

Estou ciente de que efetivada a transferência, perderei a vaga no curso, podendo obtê-la novamente se classificado(a) em novo Processo Seletivo da Instituição.

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

Motivo da transferência:
.....

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

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