



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Campus Porto Alegre
Direção de Ensino/Coordenadoria de Registros Estudantis

Nome* _____ Matrícula* _____

Curso* _____ Turno* _____

Telefone* _____ E-mail* _____

* Preenchimento obrigatório

Solicito:

() Alteração dos dados cadastrais: (Anexar documentos comprobatórios da alteração)

() Nome: De: _____

Para: _____

() Estado Civil _____ () Sexo: _____

(Assinalar a opção, preencher os dados e anexar cópia do RG e CPF)

() 1ª via de Diploma () 2ª via de Diploma (anexar Boletim de Ocorrência) Ano de conclusão: _____

RG: _____ CPF: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Natural de: _____

() Certificado de conclusão e(ou) Ano de conclusão: _____

() Histórico Escolar

(Assinalar a opção, preencher os dados e anexar cópia do RG e CPF)

() Certidão de vida escolar Curso: _____

() Certidão de tempo de aluno

Ano de ingresso: _____ Ano de conclusão: _____ Abandono: _____

() Trancamento de Disciplinas (obrigatório o código da disciplina)*1:

() Cancelamento de Disciplinas (obrigatório o código da disciplina)*2:

Registro efetuado em: ____/____/____

Porto Alegre, ____ de ____ de ____.

Coordenadoria de Registros Estudantis

Assinatura do solicitante

*1 Solicitar até a data estipulada para trancamentos de disciplina no calendário acadêmico.

*2 Solicitar até a data estipulada para os ajustes de matrícula, conforme calendário acadêmico.