



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Campus Porto Alegre

À Secretaria Acadêmica:

Nome* _____ Matrícula* _____ / _____ - _____

Curso* _____ Turno* _____

Telefone* _____ E-mail * _____

* Preenchimento obrigatório

Solicito:

() Cancelamento de disciplinas (obrigatório o código da disciplina):

() Alteração dos dados cadastrais: _____

() Diploma (preencher os dados) Ano de conclusão: _____

RG: _____ CPF: _____

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

() Certificado de conclusão Ano de conclusão: _____

() Histórico Escolar

() Certidão de vida escolar Curso: _____

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

() Atestado de matrícula () Outros atestados _____

() Trancamento de Disciplinas :

() Trancamento de Matrícula: () Superior () Técnico

Para uso Interno: () SCA () Seguro () CPD

Porto Alegre, _____ de _____ de _____.

Assinatura do solicitante