



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
CAMPUS JOÃO PESSOA

REQUERIMENTO DO DISCENTE

NOME		MATRÍCULA
CURSO		TURMA/TURNO
NASCIMENTO	NATURALIDADE	RG nº / Órgão Expedidor
CPF	TELEFONE	E-MAIL
ENDEREÇO (Rua, nº)		
BAIRRO	CIDADE	ESTADO

Vem requerer:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aproveitamento de estudos | <input type="checkbox"/> Revisão de Prova |
| <input type="checkbox"/> Trancamento de Disciplinas | <input type="checkbox"/> Mudança de Turno |
| <input type="checkbox"/> Análise de Justificativa de Falta | <input type="checkbox"/> Mudança de Turma |
| <input type="checkbox"/> Reabertura de Matrícula | <input type="checkbox"/> Reconhecimento de Competência (aceleração) |
| <input type="checkbox"/> Trancamento de Matrícula | |
| <input type="checkbox"/> Outros (exemplifique): _____ | |

Informações adicionais: _____

Nestes termos pede deferimento.

João Pessoa, PB, ____/____/____

Assinatura do requerente ou responsável