

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



INSTITUTO FEDERAL DE  
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
PARAÍBA

**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