



DIVISÃO DE CADASTRO E REGISTRO ACADÊMICO

SOLICITAÇÃO DE DESVINCULAÇÃO DE CURSO

DADOS DO(A) DISCENTE		
Matrícula nº:		CPF:
Nome:		
Curso:		
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	Estado:
CEP:	Telefone:	
E-mail:		

SOLICITAÇÃO
Solicito Desvinculação de Curso , de acordo com o inciso IV do Artigo 339 da Resolução nº 11/2024 – CSE; ciente de que a solicitação é irrevogável.
() Atesto que instruí o processo com os documentos solicitados e que tenho ciência de que o Desvínculo só será realizado caso não existam débitos nas bibliotecas da UFCG feitos com o vínculo Aluno(a) de Graduação acima informado.
MOTIVO DO DESVÍNCULO:

Data: ____/____/____

Assinatura do(a) Discente
