



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA GOIANO  
CAMPUS CAMPOS BELOS  
UNIDADE DE REGISTROS ESCOLARES

**REQUERIMENTO DE TRANCAMENTO DE CURSO, DESISTÊNCIA OU TRANSFERÊNCIA**

Nome:			
Matrícula:	RG:	CPF:	
Curso:	Período:	Turno:	

TRANSFERÊNCIA ( )

DESISTÊNCIA ( )

TRANCAMENTO DE MATRÍCULA ( )

PREVISÃO DE RETORNO: ANO/SEMESTRE(\_\_\_\_/\_\_\_\_)

**Motivo da Transferência, Desistência ou Trancamento de Matrícula do curso**

- ( ) Minha família mudou para outra cidade;
- ( ) Gosto do curso mas não me adaptei à instituição;
- ( ) Por problemas de saúde;
- ( ) O curso não corresponde às minhas expectativas;
- ( ) Sinto não possuir base para acompanhar os estudos;
- ( ) Descobri que não tenho vocação para esta profissão;
- ( ) Aprovação em Curso Superior de outra Instituição
- ( ) Outros motivos

Observação:

---

---

**PARECER:**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do coordenador ou equivalente

Campos Belos – GO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do aluno

Assinatura do responsável

Visto do Chefe da Unidade de Registros  
Escolares:\_\_\_\_\_

**Obs.: O discente que estiver cursando o 1º período não poderá fazer o trancamento de MATRÍCULA.**

