



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO VALE DO ARAGUAIA

Rua Moreira Cabral, nº 1.000 - Setor Mariano

CEP: 78.600-000 - Barra do Garças/ MT

Tel. (66) 3402-4900 - Site: www.univar.edu.br

E-mail: secretaria@univar.edu.br

REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO

Data da Solicitação:

Acadêmico (a):

CPF:

Registro Acadêmico/Ra:

Nome do Curso:

Turma/Série:

Tel.:

E-mail:

Venho, por meio deste requerimento, **formalizar a solicitação abaixo especificada**, conforme as normas e regulamentos desta Instituição de Ensino Superior.

Observação: Assinalar com **(X)** a opção desejada e preencher as informações correspondentes.

TRANCAMENTO DE MATRÍCULA

Motivo:

TRANSFERÊNCIA DE FACULDADE / GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Motivo:

Prazo para envio: 10 (dez) dias úteis

TROCA DE TURNO

Motivo

Turno desejado:

É obrigatório anexar documento comparatório que justifique a troca do turno

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras e estou ciente de que a solicitação será analisada conforme os critérios institucionais vigentes.

Assinatura do(a) Requerente e/ou Responsável Legal

Assinatura digital (GOV.BR) ou assinatura à próprio punho, conforme RG.