



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA FARROUPILHA

SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE CURSO

Eu, _____, matrícula nº _____,
Curso _____, *Campus/polo* _____,
Telefone: _____, E-mail: _____,

solicito o cancelamento da minha matrícula no referido curso em razão de:

Declaro estar ciente de que o retorno ao curso dependerá de classificação em novo Processo Seletivo.

Data: ____ / ____ / ____ _____
Assinatura do estudante

No caso de estudante menor de idade:

Nome do responsável: _____ Assinatura: _____