**DE** (nome do interessado ou representante)**:**

**PARA** (órgão ou autoridade administrativa a que se dirige):

SECRETARIA ACADÊMICA DE GRADUAÇÃO

**CURSO:**

**Nº DE MATRÍCULA** (DRE)**:**

**ENDEREÇO** (logradouro + número)**:**

**CIDADE:**

**UF:**

**CEP:** -

**TEL:** -

**E-MAIL:**

Venho, respeitosamente, requerer a V. Senhoria o item relacionado abaixo:

| | |
|---|---|
| ◯ **ALTERAÇÃO DE GRAU E FREQUÊNCIA**<br>(Boletim Escolar + Form. de Homologação de grau ou Exclusão de reprovação) | ◯ **MATRÍCULA POR TRANSFERÊNCIA EX-OFFICIO**<br>(Form de Reg de Matrícula + Docs Res. CEG 01/17) |
| ◯ **DISPENSA / EQUIVALÊNCIA DE DISCIPLINAS**<br>(Form. de Dispensa/Equivalência + Histórico Escolar + Prog. das Disciplinas) | ◯ **INSCRIÇÃO EM DISCIPLINAS ISOLADAS**<br>(Prova de matríc e doc. de aceite dos cred. ou cert. concl de curso + Histórico) |
| ◯ **REQUERIMENTO DE EXERCÍCIOS DOMICILIARES**<br>(Form. Ex. Domic. + CRID + Documento comprobatório, ex: atestado médico) | ◯ **ADAPTAÇÕES PEDAGÓGICAS**<br>(Form. de Solicitação de Adaptações Pedagógicas) |
| ◯ **REGULARIZAÇÃO DE MATRÍCULA : INTERCÂMBIO**<br>(Form. de Intercâmbio + Carta de Aceite da Instituição de Destino) | ◯ **TRANCAMENTO DE MATRÍCULA EXCEPCIONAL**<br>(Boletim Escolar + Form. de trancamento + Nada consta Bibl.) |
| ◯ **TRANCAMENTO DE MATRÍCULA**<br>(Boletim Escolar + Form. de trancamento + Nada consta Bibl.) | ◯ **TRANCAMENTO DE MATRÍCULA FORA DO PRAZO**<br>(Boletim Escolar + Form. de trancamento + Nada consta Bibl.) |
| ◯ **REABERTURA DE MATRÍCULA**<br>(Boletim Escolar + Form. de reabertura) | ◯ **REABERTURA DE MATRÍCULA FORA DO PRAZO**<br>(Boletim Escolar + Form. de reabertura + Documentos Comprobatórios) |
| ◯ **DESCANCELAMENTO DE MATRÍCULA**<br>(Boletim Escolar + Form. de reabertura + Documentos Comprobatórios) | ◯ **CANCELAMENTO DE MATRÍCULA**<br>(Boletim Escolar + Form. de cancelamento + Nada consta Bibl.) |

◯ **OUTROS (especificar)**

## JUSTIFICATIVA

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 e do Art. 299 do Código Penal, pela **veracidade** das informações prestadas e da documentação apresentada à UFRJ para fins deste requerimento. Além disso, estou ciente de que a inveracidade **indeferirá** minha solicitação.
Declaro ainda, estar informado de que todas as notificações referentes ao mesmo **ocorrerão através de comunicação oficial por e-mail** via SEI, comprometendo-me a manter o meu cadastro no SIGA atualizado.
Não obstante, estou informado de que posso acompanhar o andamento do processo em https://sei.ufrj.br/pesquisa

/ /

Assinatura do requerente ou de seu representante

CENTRO MULTIDISCIPLINAR
UFRJ-MACAÉ

# CADASTRO DE INTERCÂMBIO ACADÊMICO

**UNIDADE:**

**CURSO:**

**NOME DO ALUNO (A):**

**NÚMERO DE MATRÍCULA:**

**1. PAÍS DE DESTINO:**

**2. INSTITUIÇÃO DE DESTINO:**

**3. PERÍODO DO INTERCÂMBIO:**

__ __ / __ __ / __ __ a __ __ / __ __ / __ __

**DIA MÊS ANO DIA MÊS ANO**

**4. PREVISÃO DE RETORNO:**

__ __ / __

**ANO SEMESTRE**

Declaro ainda estar ciente da importância de nomear procurador com poderes para me representar perante a Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, durante o período que estarei ausente.

__ __ / __ __ / __ __

Assinatura do aluno(a)