

Pós-graduação “*lato-sensu*” a distância

TRANSFERÊNCIA DE CURSO

Aluno: _____

Matrícula: _____

O aluno supracitado solicita a **transferência** de sua matrícula para o curso de pós-graduação “*lato-sensu*” a distância em _____

Sigla _____.

Motivo: _____

_____.

Assinatura do aluno: _____ CPF: _____

Para uso da UFLA/FAEPE.

_____ Coordenação do curso
Deferido em ____ / ____ / _____

Indeferido em ____ / ____ / _____

Motivo: _____

_____.

UFLA/FAEPE

Válido somente com carimbo.

Obs: Remeter por correio ou fax

Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão – FAEPE
Campus Histórico da UFLA – Caixa Postal 3142
CEP: 37200-000 Lavras – MG
Fone: (35) 3829-1843 Fax: (35) 3821-4626