

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

DESLIGAMENTO DE CURSO

Aluno: _____

Matrícula: _____

Para contato:

E-mail: _____

Tel.: (____) _____

O aluno supracitado solicita o **desligamento** de sua matrícula no curso de pós-graduação “*lato-sensu*” a distância em _____

_____. Sigla _____.

Motivo: _____

Observação: _____

Assinatura do aluno: _____ CPF: _____

Para uso da UFLA/FAEPE.

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