



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO  
CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO

**REQUERIMENTO**  
(em LETRA DE FORMA)

NOME DO REQUERENTE		Nº MATRÍCULA	
ENDEREÇO - Rua/Av.		Nº	APTº
BAIRRO	CEP	FONE	

**OBJETIVO**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trancamento de <i>Matrícula</i>              | <input type="checkbox"/> Trancamento de <i>Disciplina</i>             |
| <input type="checkbox"/> Solicitação créditos/Atividades Orientadas * | <input type="checkbox"/> Solicitação Exame Proficiência L.E.          |
| <input type="checkbox"/> Consignação de Créditos                      | <input type="checkbox"/> Solic. <i>Dispensa</i> Ex. Proficiência L.E. |
| <input type="checkbox"/> Reabertura de matrícula                      |   |

Anexos: \* Documentos comprobatórios

**EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Teresina, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente

\_\_\_\_\_  
Assinatura servidor(a) responsável