**CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU***

**FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO PARA REGULARIZAÇÃO DE MATRÍCULA**

Eu (nome completo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito à Coordenação de Curso a regularização de minha matrícula no Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do Câmpus\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| Ano/semestre de perda do vínculo de matrícula: |  |
| Disciplina que necessito cursar: |  |

Estou ciente de que a minha solicitação poderá não ser atendida e, em caso de deferimento, necessito cumprir as exigências previstas nos regulamentos e outras normativas do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás e no Projeto Pedagógico do Curso.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2023.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura