



ANO

SEM. LETIVO

REQUERIMIENTO DE REGIME ESPECIAL

ESTUDANTE											
NOME:								No DE REGISTRO			
CURSO:								UNIDADE			
ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, ETC.)								Nº:		APT.	
BAIRRO:		CIDADE:				UF:	CEP:		TELEFONE:		

Nº DE REGISTRO

UNIDADE

Nº:	
-----	--

APT.

CIDADE:

UF:

CEP:

TELEPHONE:

Declaro estar ciente dos termos da Resolução Nº 14/2019, que regulamenta o Regime Especial para estudantes de graduação da UFMG e atesto a veracidade das informações declaradas.

_____/_____/_____
DATA

ASSINATURA DO REQUERENTE

DATA

ASSINATURA DO REQUERENTE

RESULTADO DA AVALIAÇÃO DO(S) DEPARTAMENTO(S)	

RECIBO	
_____, N^o _____, REQUEREU REGIME ESPECIAL (NOME DO REQUERENTE) RELATIVO A MATRICULA DO SEMESTRE ____/____/____ EM ____/____/____. ____/____/____	
DATA	Nome e Assinatura

RELATIVO A MATRICULA DO SEMESTRE ____/____/____ EM ____/____/____.

DATA

Nome e *Assinatura*

RESEVADO AO COLEGIADO DO CURSO

Nos termos da Resolução Nº 14/2019 DO CEPE – Art.7º, caso solicitado pelo estudante, poderá ser concedido trancamento parcial de matrícula com justificativa na atividade acadêmica curricular para a qual o requerimento de regime especial for indeferido, conforme condições previstas nos artigos 3º, 5º e 6º.

ESTE COLEGIADO RESOLVE CONCEDER REGIME ESPECIAL (RE) OU TRANCAMENTO PARCIAL (TP)
NA(S) SEGUINTE(S) ATIVIDADE(S):

CÓDIGO	NOME	CRÉD.	TUR.	TP	RE

PERÍODO DO REGIME:

OBSERVAÇÕES:

____/____/_____
DATA

COORDENADOR(A) DO COLEGIADO DO CURSO

COMUNICADO AO ALUNO EM: ____/____/____

SECRETÁRIO(A) DO COLEGIADO

RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO☐

☐ REGISTRADO NO SISTEMA ACADÊMICO EM ____/____/____

☐ ARQUIVADO NA PASTA DO ALUNO EM ____/____/____

SECRETÁRIO(A) SEÇÃO DE ENSINO