

<b>NOME:</b>		
<b>CURSO:</b>	<b>FASE:</b>	<b>ANO</b>
<b>E-MAIL:</b>	<b>TELEFONE:</b>	
<b>Nº CPF:</b>	<b>ANO DE INGRESSO:</b>	

**Solicitação**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Certificado e/ou Histórico</b>         | <input type="checkbox"/> Estágio                  | <input type="checkbox"/> Regime Domiciliar           |
| <input type="checkbox"/> <b>Transferência</b> do Campus Santa Rosa | <input type="checkbox"/> Revisão de Prova         | <input type="checkbox"/> Aproveitamento de Estudos   |
| <input type="checkbox"/> <b>Formatura de Gabinete</b> (Técnico)    | <input type="checkbox"/> Adaptação de Estudos     | <input type="checkbox"/> Religamento                 |
| <input type="checkbox"/> <b>Colação de Grau</b> (Agronomia)        | <input type="checkbox"/> Trancamento              | <input type="checkbox"/> Inscrição em Disciplinas    |
| <input type="checkbox"/> <b>2º Via</b> Diploma (Mediante B.O.)     | <input type="checkbox"/> Comprovante de Matrícula | <input type="checkbox"/> Cancelamento                |
| <input type="checkbox"/> <b>2ª Via</b> Certificado/Histórico       | <input type="checkbox"/> Atestado de Frequência   | <input type="checkbox"/> Outros (especificar)        |
| <input type="checkbox"/> <b>Diploma</b>                            | <input type="checkbox"/> Rematrícula              | <input type="checkbox"/> Transferência para o Campus |

Nestes Termos, pede deferimento. Santa Rosa do Sul / SC, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Estudante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

**RESTRITO AO REGISTRO ESCOLAR**

**Requerimento Instituto Federal Catarinense – Campus Santa Rosa do Sul**

Nome \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Protocolo: \_\_\_\_\_

