



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO DE JOINVILLE
Rua Dr. João Colin, 2700 – Bairro Santo Antônio - CEP 89218-035 - JOINVILLE - SC
TELEFONE (47) 3461-5900

AJUSTE EXCEPCIONAL DE MATRÍCULA

(Anexar Histórico Escolar, Controle Curricular e Espelho de Matrícula)

| | |
|------------------------------------|--|
| Nome: | Para uso exclusivo da coordenação IM: _____ CH: _____ IAA: _____ |
| Matrícula: | |
| Curso: | |
| É formando? () SIM () NÃO | |

Solicito ajuste excepcional de matrículas para as seguintes disciplinas:

| Ordem | Código da Disciplina | Nome da Disciplina | I | E | A | Turma | Parecer Coordenador | Visto Coord. |
|-------|----------------------|--------------------|---|---|---|-------|--|--------------|
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido | |

Obs. Do Aluno:

Informações:

Ordem: prioridade em que deve ser processado o ajuste

Nas opções **I**, **E** e **A**, assinale um X para as opções, sendo:

I: Inclusão **E:** Exclusão **A:** Alteração de turma – o código deve ser o da turma pretendida

Respeitosamente,

Joinville, ____/____/____

Assinatura do Aluno

Observações da coordenação
