



Oswaldo Cruz

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE MATRÍCULA

NOME DO ESTUDANTE: <u>Sabrina Harumi Kitano</u>		
CURSO: <u>Farmácia</u>	SÉRIE/SEMESTRE:	MATRÍCULA: <u>4019057</u>
TELEFONE RESIDENCIAL:	CELULAR: <u>961950390</u>	
e-mail: <u>sabrina.kitano@gmail.com</u>	Débitos: () SIM (X) NÃO	
O(a) estudante está ciente de que está(ão) em aberto a(s) mensalidade(s) relativa(s) ao(s) mês(es) de:		
BIBLIOTECA PENDÊNCIA () SIM (X) NÃO Responsável pela Biblioteca:		

Prezado (a) Estudante,

Lamentando seu pedido de **Cancelamento de Matrícula**, esta Instituição de Ensino Superior solicita-lhe a gentileza de indicar abaixo, caso queira, quais os motivos que o(a) levaram a tomar essa decisão.

I- Motivos:

- () Questão financeira () Questões familiares
() Disponibilidade de tempo () Dificuldade de transporte
() Dificuldade de conciliar os estudos com as atividades profissionais
() Dificuldade na compreensão de disciplinas do curso
(X) Não me adaptei ao curso
() Ciências sem Fronteiras: Qual País? : _____
(X) Outros, Pretendo mudar de curso

II – O seu relacionamento com os professores do curso foi:

☐ Excelente ☒ Bom ☐ Satisfatório ☐ Ruim

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

1- O(a) estudante poderá solicitar, a qualquer tempo, o cancelamento de sua matrícula, deixando de haver vínculo com esta Instituição de Ensino Superior.

2- Conforme consta no Contrato de Prestação de Serviços Educacionais, a parcela do mês no qual o(a) estudante solicita Cancelamento de Matrícula deverá ser quitada, independentemente da data de seu vencimento e de sua frequência às aulas.

3- O(a) estudante que houver interrompido seu curso, tanto por desistência quanto por cancelamento de matrícula, poderá retornar aos seus estudos nesta IES, mediante classificação em nosso Processo Seletivo de Admissão, devendo, contudo, cumprir a grade curricular que esteja em vigor.

São Paulo, 3 de Janeiro de 20

Sabrina K
Assinatura do(a) Estudante
RG.: 45901450817

ATENDIDO POR: sema

DATA: 03 / 01 / 20