**CANCELAMENTO DE MATRÍCULA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dados do aluno(a)** | |
| Nome: | |
| Matrícula UFES: | |
| Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde | Nível do curso: Mestrado |
| Linha de Pesquisa: | Ano de Admissão: |
| E-mail: | Ano/semestre: |

**Solicitação de cancelamento de matrícula na(s) disciplina(s)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Código** | **Disciplina** | **Carga Horária** | **Créditos** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

O formulário deverá ser enviado à secretaria somente após a assinatura do orientador(a).

**Discente e orientador declaram ciência do cancelamento da matrícula na(s) disciplina(s) acima assinalada(s) e atendimento ao disposto no artigo 27 do Regimento Interno do PPGNS.**

Vitória/ES, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

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

Assinatura do orientador(a)

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

Assinatura do Aluno(a)