

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  **CCTS - CENTRO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS**  **PARA A SUSTENTABILIDADE**  **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA**  **DOS MATERIAIS – PPGCM-So**  Rodovia João Leme dos Santos, km 110, Bairro Itinga  Telefone: (15) 3229-5941  CEP 18052-780 - Sorocaba - São Paulo – Brasil  **ppgcm@ufscar.br / www.ppgcm.ufscar.br** |  |

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE TRANCAMENTO DE MATRÍCULA**

**À**

**CPGCM-So - Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciência dos Materiais**

Prezado(a) Coordenador(a),

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** aluno(a) regularmente matriculado(a) neste Programa de Pós-Graduação em Ciência dos Materiais da Universidade Federal de São Carlos/UFSCar – Campus Sorocaba, solicito o **trancamento do curso de Mestrado**, a partir de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_<<**(data inicial do trancamento**>> por **um semestre**, ciente de que este prazo **não poderá ultrapassar a data da próxima renovação de matrícula**, conforme previsto no Artigo 29, parágrafos 2º e 3º, do Regimento Interno do Programa.

Declaro ainda estar ciente de que, conforme parágrafo 1º do Artigo 29 do referido Regimento Interno, são permitidos **no máximo** **dois trancamentos** de matrícula por aluno.

Observe-se ainda que, com o deferimento do pedido de trancamento de matrícula, **ficará prolongado, por igual período**, **o prazo máximo estipulado** para a conclusão do Curso.

**Orientador(A):** Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**JUSTIFICATIVA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

Assinatura do(a) aluno(a)

De acordo:

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

Prof(a). Dr(a). (orientador)