

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO ACADÊMICA**

CANCELAMENTO DE MATRÍCULA

Eu, _____, matriculado(a) na UFS com
número _____, solicito o cancelamento definitivo da minha matrícula no Curso de

Em ____/____/____

Assinatura do(a) aluno(a)
(Igual à do documento de identidade apresentado)

Assinatura do pai – Se menor de idade

Assinatura da mãe – Se menor de idade

Preencha este Termo, anexe cópia(s) da(s) identidade(s) (frente e verso), e envie, EM ARQUIVO PDF ÚNICO, para semop@academico.ufs.br para abertura de processo. A assinatura deve ser igual à da carteira de identidade..