



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Campus Porto Alegre

À Coordenadoria de Registros Acadêmicos

Nome* _____ Matrícula* _____/_____-_____

Curso* _____ Turno* _____

Telefone* _____ E-mail * _____

* Preenchimento obrigatório

Solicito:

() Alteração dos dados cadastrais: _____

() Diploma (preencher os dados) Ano de conclusão: _____

RG: _____ CPF: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Natural de: _____

() Certificado de conclusão Ano de conclusão: _____

() Histórico Escolar

() Certidão de vida escolar Curso: _____

Ano de ingresso: _____ Ano de conclusão: _____ Abandono: _____

() Atestado de matrícula () Atestado de Matrícula com frequência () Atestado de Semestralidade

() **Atestado Passe Livre**

() Outros atestados _____

() Trancamento de Disciplinas (obrigatório o código da disciplina):

() Cancelamento de Disciplinas (obrigatório o código da disciplina):

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

Assinatura do solicitante