**SOLICITAÇÃO DE PEDIDO DE CANCELAMENTO DE DISCIPLINA**

**Ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Estudos de Cultura Contemporânea**

|  |
| --- |
| Nome: |
| Matrícula:  |
| Mestrado ( ) - Doutorado ( ) |
| Título de Projeto: |
| Orientador/a: |
| Linha de Pesquisa: |
| Com ciência e anuência de meu/minha orientador/a, solicito cancelamento minha matrícula na disciplina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ministrada pelo/pela docente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
| Justificativa: |

Cuiabá-MT, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Assinatura do(a) Aluno(a)** |  | **Assinatura do(a) Orientador(a)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Recebido pela Secretaria** | **HOMOLOGAÇÃO** |
| Nome: | Homologado pelo Colegiado do ECCO, em reunião realizada em \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, constando na Ata nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_. |
| Data: |
|  |
| Assinatura do(a) funcionário(a) | Assinatura do(a) Presidente |