



INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
RIO GRANDE DO NORTE

CAMPUS MOSSORÓ
DIRETORIA ACADÊMICA

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA Cursos de Pós-Graduação

Senhor(a) Diretor(a) Acadêmico:

Eu, _____, venho requerer a V. Sa. autorização para que seja efetuada a minha matrícula nesse IFRN, Campus Mossoró, no curso **Mestrado em Ensino** considerando minha aprovação no Processo Seletivo do semestre _____.

Seguem, em anexo, todos os documentos necessários para tal fim.

Declaro que estou ciente das normas previstas na Organização Didática do IFRN e que:

- Caso deixe de frequentar as aulas, nos 10 (dez) primeiros dias úteis, sem que seja apresentada uma justificativa, serei desligado do IFRN, sendo minha vaga preenchida por outro candidato, de acordo com a ordem classificatória do processo seletivo.
- Assumir ônus por qualquer dano que venha a ser causado contra o patrimônio do Instituto ou de terceiro;
- Assumir a responsabilidade em atividades de aulas práticas externas no Rio Grande do Norte ou em outro Estado da Federação.

Declaro, ainda, que não possuo outra matrícula ativa em qualquer outro curso do mesmo nível do IFRN, com exceção dos cursos de formação inicial e continuada.

Diante do exposto, assumo o compromisso de seguir as normas institucionais, e peço deferimento.

Mossoró-RN, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Aluno(a)