



UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA –  
UDESC  
SECRETARIA ACADÊMICA

PROTOCOLO

Nº

FORMULÁRIO

NOME DO REQUERENTE:

ENDEREÇO

Rua, Av., nº, andar, sala, apto.

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone:

E-mail:

INSTITUIÇÃO DE ORIGEM

Nome da Instituição:

Cidade:

UF:

País:

Curso que frequenta ou Diplomado:

ILUSTRÍSSIMO(A) SENHOR(A) DIRETOR(A):

O abaixo assinado vem requerer: (Assinalar com X)

- ( ) TRANSFERENCIA INTERNA  
( ) TRANSFERÊNCIA EXTERNA  
( ) REINGRESSO APÓS ABANDONO  
( ) RETORNO AOS PORTADORES DE DIPLOMA DE CURSO SUPERIOR  
( ) RETORNO PARA NOVA OPÇÃO DE HABILITAÇÃO PARA CONCLUINTES DA UDESC

PARA O CURSO DE: \_\_\_\_\_ TURNO ou SEDE:

JUSTIFIQUE O PEDIDO:

NESTES TERMOS,  
PEDE DEFERIMENTO.

DATA:

ASSINATURA:

