**TRANCAMENTO DE MATRÍCULA**

 À Coordenação de Pós-Graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde e Tecnologia

 Eu, (nome), aluno(a) regularmente matriculado (a) no Mestrado Profissional Ensino em Saúde e Tecnologia, solicito o TRANCAMENTO DE MATRÍCULA, a partir da presente data, pelo período de:

\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Pelo presente, assumo todas as condições estabelecidas abaixo, pelo Art.24 do REGIMENTO INTERNO DO PROGRAMA:

***Art. 24 O trancamento integral do curso poderá ser concedido, somente a partir do segundo semestre letivo do seu início, por um período de 06 (seis) meses, sem possibilidade de renovação, através de requerimento formal ao Colegiado, com as devidas justificativas e com a anuência do orientador.***

***Parágrafo Único – Concluído o período de trancamento sem que seja requerida formalmente a matrícula de reingresso o discente será desligado automaticamente do Programa, devendo o ato ser comunicado e registrado em ata de reunião do Colegiado e no Histórico Escolar do discente e comunicado formalmente ao discente, ao orientador do mesmo e ao Departamento de controle acadêmico.***

Maceió, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) aluno(a)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) orientador