

À

Diretoria de Graduação

Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA

Assunto: Requerimento de Cancelamento de Matrícula

Eu, _____ ,
CPF n.º _____, ingressante no curso de _____,
no ano letivo de _____, venho,
respeitosamente, requerer o **cancelamento definitivo de minha matrícula**, pelo(s) seguinte(s) motivo(s): _____

Declaro estar ciente de que o cancelamento implica no encerramento do meu vínculo com esta instituição, bem como na perda da vaga, sendo necessário novo processo seletivo em caso de futuro reingresso, conforme as normas vigentes.

Coloco-me à disposição para quaisquer procedimentos adicionais que se façam necessários.

Atenciosamente,

Preferencialmente, assinatura eletrônica **GOV.BR** ou com certificado A3 do estudante.
OU

A assinatura realizada neste documento deverá corresponder àquela constante no documento de identificação oficial apresentado pelo estudante.

Data: ____/____/____

Telefone: (____) _____

E-mail: _____

Anexar ao requerimento: Documento de identificação oficial com foto (CIN/RG/CNH) e Comprovante de entrega de documentos para matrícula.