# REQUERIMENTO DE DILATAÇÃO E/OU PRORROGAÇÃO DA DILATAÇÃO PARA INTEGRALIZAÇÃO DO CURSO

**NOME:** _____

**MATRÍCULA:** _____ **CURSO:** _____

**ENDEREÇO:** _____ **Nº:** _____

**BAIRRO:** _____ **CIDADE:** _____

**CEP:** _____ **UF:** _____ **TEL:** (____)_____ **CEL:** (____)_____

**EMAIL:** _____

Ilmo(a). Sr(a).
Coordenador(a) de Assuntos e Registros Acadêmicos

O acadêmico abaixo assinado, requer (  ) DILATAÇÃO (  ) PRORROGAÇÃO DA DILATAÇÃO do prazo para integralização de seu Curso por _____ (  ) período(s), com as justificativas que se seguem, às quais anexa os documentos comprobatórios, em número de _____ (  ) folhas.

Justificativas:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Declaro estar ciente de que o pedido de dilatação e/ou prorrogação da dilatação para integralização do curso será **analisado através de processo** pelo Coordenador do Curso e Pró-Reitor de Graduação. O prazo dependerá da análise dos setores responsáveis. O interessado será comunicado do parecer final através de ofício da CDARA.

Nestes termos pede deferimento,

Juiz de Fora, _____ de _____ de _____.

_____
Assinatura do(a) requerente