



ESCOLA POLITÉCNICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ASSISTÊNCIA TÉCNICA ACADÊMICA

SERVIÇO DE GRADUAÇÃO
SECAO.ALUNOS@POLI.USP.BR

REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO DE MATRÍCULA

NOME: _____ N° USP _____

CURSO: _____

Sigla da disciplina	Turma	Nome da Disciplina	Autorização

Data: ____/____/____

Telefone: _____

E_mail: _____

Recebido pelo Funcionário

Assinatura do Requerente _____

PICOTAR

Protocolo – Requerimento de Exclusão de Matrícula

Nome do Aluno: _____

Data da solicitação: ____/____/____ Recebido pelo Funcionário: _____