Ministério da Educação
Universidade Federal do Ceará
Instituto UFC Virtual

REQUERIMENTO DE REABERTURA DE MATRÍCULA

Aluno: _____ Matrícula: _____

Curso: _____ Polo: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____-_____ Cidade: _____

Telefone: _____ Celulares: _____

E-mail: _____

Venho por meio da justificativa abaixo solicitar a reabertura de matrícula:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Em _____/_____/_____

_____

Assinatura

Instituto Universidade Virtual
Av. Humberto Monte, s/n, Campus do Pici, Bloco 901 (1ª Andar)
CEP: 60440-554 – Fortaleza/CE
Fone: (85) 3366.9509