Universidade de Brasília
Secretaria de Administração Acadêmica

TRANSFERÊNCIA OBRIGATÓRIA – SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO		
Nome completo:		
Endereço		CEP:
CONTATO		
E-mail:	Telefone:	Celular:
SOLICITAÇÃO		
País / Estado / Cidade da I.E.Sde origem:		
Nome da I.E.Sde origem:		
Curso / Habilitação de origem:		
Turno de origem:		
Curso / Habilitação pretendida na UnB:		
Instituto / Faculdade competente pela análise na UnB:		
Ao Colegiado do curso _____ para análise da pertinência do curso se origem com o curso da UnB, conforme Art. 2º, inciso III, parágrafo 4º da resolução CEPE nº 39/2004.		
DECLARAÇÃO		

____/____/_____

Declaro a veracidade das informações prestadas neste formulário.
Declaro, ainda, estar ciente de que é de minha responsabilidade acompanhar o resultado, bem como os prazos estipulados em legislação específica.

_____
Assinatura do(a) interessado(a)

RECIBO

**Preenchimento exclusivo dos Postos Avançados – SAA*

____/____/_____

Recebi do(a) de _____ solicitação referente à Transferência Obrigatória.

_____
Carimbo / Assinatura do (a) servidor (a)