

REQUERIMENTO DE ANULAÇÃO DE INSCRIÇÃO/MATRÍCULA

Exmo. Senhor
Diretor da Faculdade de Medicina Dentária
Da Universidade de Lisboa

Nome:

Nº Aluno(a):

Ano:

Curso:

Telef/Tlm:

E-mail:

Venho por este meio solicitar a anulação voluntária da inscrição, no presente ano letivo de ____/____, devido a:

Situação económica/financeira

Situação de desemprego

Motivos de saúde

Curso não corresponde às expetativas

Alteração de zona de residência

Alteração de local de emprego/horário laboral

Maternidade/Paternidade

Não atribuição de bolsa de estudo

Falta de aproveitamento

Motivos pessoais não especificados/Outros:

***Caso necessário juntar anexos comprovativos**

Cidade Universitária, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) requerente