



|                             |
|-----------------------------|
| Protocolo n.º _____ / _____ |
| Data _____ / _____ / _____  |
| Funcionário _____           |

Etec "Lauro Gomes"

|                                                          |
|----------------------------------------------------------|
| <b>REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA DE PERÍODO / CLASSE</b> |
|----------------------------------------------------------|

Ilmo (a) Sr (a) Diretor (a) da Etec "Lauro Gomes"

|                                                                                                                                                                                              |     |        |  |                                 |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|--|---------------------------------|--|
| Nome:                                                                                                                                                                                        | RM: |        |  |                                 |  |
| Curso                                                                                                                                                                                        |     | Classe |  | Período                         |  |
| Solicita mudança da classe do(a) _____, do período da _____ para a classe do(a) _____, do período da _____ ou da classe descentralizada em funcionamento na (a) _____, pelo seguinte motivo: |     |        |  |                                 |  |
|                                                                                                                                                                                              |     |        |  |                                 |  |
|                                                                                                                                                                                              |     |        |  |                                 |  |
|                                                                                                                                                                                              |     |        |  |                                 |  |
|                                                                                                                                                                                              |     |        |  |                                 |  |
| ( ) anexa comprovante do motivo (se for o caso) Telefone para contato: _____                                                                                                                 |     |        |  |                                 |  |
| São Bernardo do Campo, _____ / _____ / _____                                                                                                                                                 |     |        |  | (ass. do responsável, se menor) |  |
| (ass. do aluno)                                                                                                                                                                              |     |        |  |                                 |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PREENCHIMENTO DA ETEC</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                  |
| <b>Secretaria Acadêmica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Direção</b>                                                                                                                   |
| Número de vagas existentes, nesta data, na classe solicitada:<br>_____<br>( ) o(a) aluno(a) enquadra-se nos critérios estabelecidos pelo Conselho de Escola<br>( ) o(a) aluno(a) não se enquadra nos critérios estabelecidos pelo Conselho de Escola<br><br>Data, _____ / _____ / _____<br><br>Maria Iranete de Souza Moreira<br>R.G. 35.098.873-1<br>Diretora de Serviço da Área Acadêmica | ( ) Deferido<br>( ) Indeferido<br><br>Data, _____ / _____ / _____<br><br>Nelson Laveochia Junior<br>R.G. 19.280.304-9<br>Diretor |

|                                         |
|-----------------------------------------|
| <b>A L U N O</b>                        |
| Ciente.                                 |
| Data, _____ / _____ / _____             |
| (ass. do Aluno e Responsável, se menor) |

Doc 23



|                             |                                                 |                            |
|-----------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|
| Protocolo n.º _____ / _____ | <b>REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA DE PERÍODO</b> |                            |
| Nome do aluno(a)            |                                                 |                            |
| Curso                       | Classe                                          | Data _____ / _____ / _____ |
| Período                     |                                                 | (ass. Funcionário)         |
|                             |                                                 |                            |

Doc 23