



DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA EM ATIVIDADE ACADÊMICA

- PARA ALUNOS DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO -

ANO

SEM. LETIVO

**ALUNO(A)**

NOME \_\_\_\_\_

Nº DE REGISTRO	CURSO	UNIDADE	
(RUA, AVENIDA, ETC.)		Nº	APT.
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
TELEFONE FIXO	CELULAR	E-MAIL	

**ATIVIDADE(S) ACADÊMICA(S) EM QUE REQUER MATRÍCULA**

CÓDIGO	NOME	OPÇÃO DE TURNO	TURMA

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO ALUNO

**RESERVADO AO COLEGIADO DO CURSO OFERTANTE**

⇒ UTILIZAR O VERSO PARA PRONUNCIAMENTO DO DEPARTAMENTO, SE FOR O CASO

**DECISÃO DO COLEGIADO:**                       DEFERIDO                       INDEFERIDO

**ATIVIDADE(S) ACADÊMICA(S) DEFERIDA(S)**

CÓDIGO	NOME	CRÉD.	TURMA

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
COORDENADOR(A) DO CURSO

**RESERVADO AO CURSO DE ORIGEM**

**DECISÃO:**                       DEFERIDO                       INDEFERIDO

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
ORIENTADOR(A)

**RECIBO**

\_\_\_\_\_, Nº \_\_\_\_\_, REQUEREU MATRÍCULA NA(S)

NOME DO ALUNO \_\_\_\_\_

ATIVIDADE(S) ACADÊMICA(S) / FORMAÇÃO LIVRE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
SECRETARIA DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO

**RESERVADO AO DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
COORDENADOR(A) DO CURSO