UFMG

DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA – PÓS-GRADUAÇÃO

ANO	
SEM. LETIVO	

ESPECIALIZAÇÃO ☐ MESTRADO ☐ DOUTORADO ☐

UNIDADE **CURSO**

NOME **Nº. DE REGISTRO**

ENDEREÇO
(RUA, AVENIDA, ETC.) Nº. COMPL.

BAIRRO CIDADE UF CEP TELEFONE

Nº.	NOME DA DISCIPLINA	CÓD. DA DISCIPLINA	TURMA	CRÉDITOS	NATUREZA

EM ELABORAÇÃO DE TRABALHO FINAL: SIM ☐ NÃO ☐

NOME DO ORIENTADOR:

PREVISÃO PARA DEFESA DE TESE/DISSERTAÇÃO:

_____ / _____ / _____

_____ ASS. DO REQUERENTE
E M _____ / _____ / _____

_____ ASS. ( ) ORIENTADOR ( ) COORDENADOR
E M _____ / _____ / _____

_____ ASS. RESPONS. MATRÍCULA
E M _____ / _____ / _____

RESERVADO AO COORDENADOR/ORIENTADOR E/OU SECRETARIA DE CURSO

OBSERVAÇÕES:

ATENÇÃO: OS CURSOS DE MESTRADO E DOUTORADO DEVERÃO UTILIZAR ESTE FORMULÁRIO **APENAS** NO PERÍODO DE **ACERTO DE MATRÍCULA**.