



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO/ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 120 - Telefax: (031) 3409.9836
Caixa Postal: 1556 - CEP: 30.130-100
Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
E-mail: colpgrad@enf.ufmg.br

Requerimento de Modificação de Matrícula

Ano _____ Semestre ____

(CANCELAMENTO E INCLUSÃO DE DISCIPLINA)

Aluno(a): _____

E-mail: _____

Matrícula: _____ Telefone: _____

Celular: _____

Curso: _____

Venho requerer as seguintes modificações na minha matrícula:

Disciplina/Professor	Código	Cancelamento	Inclusão

Belo Horizonte, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Aluno: _____

Nome do orientador(a): _____

De acordo do orientador(a): _____

Lançamento no Sistema Acadêmico: ___/___/___

Secretaria do CPG