



ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
REQUERIMENTO DE MATRÍCULA EM DISCIPLINA ELETIVA

ANO

SEMESTRE

REQUERENTE:

NOME

Nº DE MATRÍCULA

CURSO

UNIDADE

ENDEREÇO:

LOGRADOURO (AV/RUA/PRAÇA/ALAMEDA)

NÚMERO

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

ESTADO

CEP

DDD

TELEFONE FIXO

TELEFONE CELULAR

E-MAIL:

DISCIPLINA EM QUE REQUER MATRÍCULA:

CÓDIGO

NOME

UNIDADE: ESCOLA DE ENFERMAGEM

JUSTIFICATIVA (UTILIZE O VERSO, SE NECESSÁRIO)

____/____/____
DATA

ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO COLEGIADO DO CURSO DE ORIGEM DO ALUNO

O Colegiado do Curso _____ autoriza a matrícula do(a) aluno(a) _____ nº de registro _____ na disciplina eletiva _____ do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG.

____/____/____
DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO(A) COORDENADOR(A)

PARECER DO COORDENADOR DA DISCIPLINA OU COORDENADOR DO COLEGIADO OFERTANTE

DECISÃO DO COORDENADOR

DEFERIDO

INDEFERIDO

____/____/____
DATA

ASSINATURA DO(A) PROFESSOR(A)/COORDENADOR(A)

RECIBO

Recebemos de _____ o requerimento de matrícula na disciplina _____ como eletiva.

____/____/____
Data

Assinatura do CPG/EEUFMG