

**DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO****REQUERIMENTO DE MATRÍCULA EM ATIVIDADE ACADÊMICA ELETIVA**

- 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:		<input type="checkbox"/> DEFERIDO	<input type="checkbox"/> INDEFERIDO
ATIVIDADE(S) ACADÊMICA(S) DEFERIDA(S)			
CÓDIGO	NOME		CRÉD.
/ /		DATA	
/ /		COORDENADOR(A) DO CURSO	

RESERVADO AO CURSO DE ORIGEM	
DECISÃO:	<input type="checkbox"/> DEFERIDO <input type="checkbox"/> 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