

**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.	TURMA
/ / 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