



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: DEFERIDO INDEFERIDO

ATIVIDADE(S) ACADÊMICA(S) DEFERIDA(S)

CÓDIGO	NOME	CRÉD.	TURMA

_____/_____/_____
DATA

COORDENADOR(A) DO CURSO

RESERVADO AO CURSO DE ORIGEM

DECISÃO: DEFERIDO 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