



DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

ANO

SEM. LETIVO

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO À COLAÇÃO DE GRAU**ALUNO(A):**

NOME:				Nº DE REGISTRO	
E-MAIL:					
CURSO				FORMA DE INGRESSO NA UFMG	
ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, ETC.):				Nº:	APT.
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:	TELEFONE:	

GRAU A SER CONFERIDO:

MODALIDADE
HABILITAÇÃO
ÊNFASE

REQUER INCLUSÃO NA LISTA DE PROVÁVEIS FORMANDOS DA TURMA QUE COLARÁ GRAU EM: ____/____/____

DECLARA ESTAR CIENTE DE QUE, CASO NÃO INTEGRALIZE, NESTE SEMESTRE, O CURRÍCULO DE SEU CURSO, A SEÇÃO DE ENSINO EXCLUIRÁ AUTOMATICAMENTE SEU NOME DA RELAÇÃO DE PROVÁVEIS FORMANDOS.

____/____/____ DATA	_____ ASSINATURA DO ALUNO
------------------------	------------------------------

RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO

CONFORME O EXTRATO DE INTEGRALIZAÇÃO CURRICULAR ATUALIZADO, EM ANEXO, O(A) ALUNO(A):

- ☐ É PROVÁVEL FORMANDO
- ☐ DEVE:

ENCAMINHAR AO COLEGIADO, NO CASO DE DÉBITO.

____/____/____ DATA	_____ CHEFE DA SEÇÃO DE ENSINO
------------------------	-----------------------------------

RESERVADO AO COLEGIADO DO CURSO

____/____/____ DATA	_____ COORDENADOR(A) DO CURSO
------------------------	----------------------------------

RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO

ARQUIVADO NA PASTA DO ALUNO EM:

____/____/____ DATA	_____ CHEFE DA SEÇÃO DE ENSINO
------------------------	-----------------------------------

RECIBO

(NOME DO REQUERENTE) _____ Nº _____, REQUEREU INSCRIÇÃO PARA

COLAÇÃO DE GRAU NA TURMA QUE COLARÁ GRAU EM ____/____/____

____/____/____ DATA	_____ CHEFE DA SEÇÃO DE ENSINO
------------------------	-----------------------------------