



UFMG

DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA – PÓS-GRADUAÇÃO

ANO

SEM. LETIVO

ESPECIALIZAÇÃO

MESTRADO

DOUTORADO

| | | |
|---------|-------|-----------------|
| UNIDADE | CURSO | |
| NOME | | Nº. DE REGISTRO |

| | | | |
|----------------------------------|--------|----------|--------|
| ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, ETC.) | | Nº. | COMPL. |
| BAIRRO | CIDADE | UF | CEP |
| | | TELEFONE | |

| Nº. | NOME DA DISCIPLINA | CÓD. DA DISCIPLINA | TURMA | CRÉDITOS | NATUREZA |
|-----|--------------------|--------------------|-------|----------|----------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | |
|--|---|
| EM ELABORAÇÃO DE TRABALHO FINAL: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> | PREVISÃO PARA DEFESA DE TESE/DISSERTAÇÃO: ____ / ____ / ____ |
| NOME DO ORIENTADOR: | |

| | | |
|--|---|---|
| _____ ASS. DO REQUERENTE EM ____ / ____ / ____ | _____ ASS. () ORIENTADOR () COORDENADOR EM ____ / ____ / ____ | _____ ASS. RESPONS. MATRÍCULA EM ____ / ____ / ____ |
|--|---|---|

RESERVADO AO COORDENADOR/ORIENTADOR E/OU SECRETARIA DE CURSO

OBSERVAÇÕES:

ATENÇÃO: OS CURSOS DE MESTRADO E DOUTORADO DEVERÃO UTILIZAR ESTE FORMULÁRIO APENAS NO PERÍODO DE ACERTO DE MATRÍCULA.