



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.