



DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

ANO

SEM. LETIVO

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA EM ATIVIDADE ISOLADA**ALUNO**

NOME					
SEXO		ESTADO CIVIL			DATA DE NASCIMENTO
<input type="checkbox"/> FEM.		<input type="checkbox"/> SOLTEIRO(A)	<input type="checkbox"/> CASADO(A)	<input type="checkbox"/> VIÚVO(A)	
<input type="checkbox"/> MASC.		<input type="checkbox"/> SEPARADO(A)	<input type="checkbox"/> OUTROS		
NOME DA MÃE					
NOME DO PAI					
CÉDULA DE IDENTIDADE / PASSAPORTE		ÓRGÃO EMISSOR		ESTADO	CPF
FUNDFRFOO (RUA AVENIDA ETC)				Nº:	APTO.
BAIRRO:		CIDADE	UF:	CEP:	TELEFONE:

ATIVIDADE(S) EM QUE REQUER MATRÍCULA

CÓDIGO	NOME	TURMA

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

- SERVIDOR(A) ATIVO(A) DA UFMG
- SERVIDOR(A) APOSENTADO(A) DA UFMG
- PÓS-GRADUADO(A) PELA UFMG NO CURSO _____
- PÓS-GRADUADO(A) POR OUTRA IES NO CURSO _____
- GRADUADO(A) PELA UFMG NO CURSO _____
- GRADUADO(A) POR OUTRA IES NO CURSO _____
- PROFISSIONAL DA ÁREA DE _____
- ALUNO(A) DE OUTRA IES DO CURSO _____
- OUTRO(A) INTERESSADO(A)

ATENÇÃO: A GRU E O COMPROVANTE DE PAGAMENTO DEVEM SER ENVIADOS JUNTOS, ANEXADOS A ESSE FORMULÁRIO, ÚNICO ARQUIVO .PDF➔ **EMAIL:**_____/_____/_____
DATA_____
ASSINATURA DO REQUERENTE**PARECER DO DEPARTAMENTO**

➔ ENCAMINHAR O REQUERIMENTO À SEÇÃO DE ENSINO OU SECRETARIA DE PÓS-GRADUAÇÃO

 DEFERIDO INDEFERIDO_____/_____/_____
DATA_____
CHEFE DO DEPARTAMENTO**RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO / SECRETARIA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

➔ MATRÍCULA LANÇADA NO SISTEMA ACADÊMICO SOB O Nº _____

_____/_____/_____
DATA_____
RESPONSÁVEL