

**DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO**

ANO

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA EM DISCIPLINA ELETIVA

SEMESTRE

ALUNO(A):

NOME		Email	
Nº DO REGISTRO	CURSO	UNIDADE	
ENDEREÇO RUA, AVENIDA, ETC.			
BAIRRO	CIDADE/UF	CEP	TELEFONE

DISCIPLINA(S) EM QUE REQUER MATRÍCULA:

CÓDIGO	NOME	OPÇÃO DE TURNO	TURMA

____/____/____ DATA _____ ASSINATURA DO REQUERENTE

RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO / SECRETARIA DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO

ANEXADO QUADRO DE VAGAS

____/____/____ DATA _____ CHEFE DA SEÇÃO DE ENSINO/SECRET. DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO

RESERVADO AO COLEGIADO DO CURSO*UTILIZAR O VERSO PARA PRONUNCIAMENTO DO DEPARTAMENTO, SE FOR O CASO*DECISÃO DO COLEGIADO: DEFERIDO INDEFERIDO**DISCIPLINA(S) DEFERIDA(S)**

CÓDIGO	NOME	CRÉD.	TURMA

____/____/____ DATA _____

RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO / SECRETARIA DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO

COMUNICADO AO ALUNO VERBALMENTE EM ____/____/____

MATRÍCULA REGISTRADA NO SISTEMA EM ____/____/____ ASSINATURA DO ALUNO

ENCAMINHAR À SEÇÃO DE ENSINO DA UNIDADE DO CURSO DO ALUNO.

____/____/____ CHEFE DA SEÇÃO DE ENSINO/SECRET. DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO

RECIBO

_____, Nº _____, REQUEREU MATRÍCULA NA(S)
(NOME DO REQUERENTE)
DISCIPLINA(S) ELETIVA(S) _____

____/____/____ DATA _____ CHEFE DA SEÇÃO DE ENSINO/SECRET. DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO