



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
FUNDFUNÇÃO (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 _____

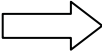
GRADUADO(A) POR OUTRA IES NO CURSO _____

PROFISSIONAL DA ÁREA DE _____

ALUNO(A) DE OUTRA IES DO CURSO _____

OUTRO(A) INTERESSADO(A)

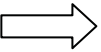
ATENÇÃO: A GRU E O COMPROVANTE DE PAGAMENTO DEVEM SER ENVIADOS JUNTOS, ANEXADOS A ESSE FORMULÁRIO, ÚNICO ARQUIVO .PDF COM O DOCUMENTO DE IDENTIDADE.

 **EMAIL:** _____

____/____/____ DATA

_____ ASSINATURA DO REQUERENTE

PARECER DO DEPARTAMENTO

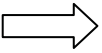
 ENCAMINHAR O REQUERIMENTO À SEÇÃO DE ENSINO OU SECRETARIA DE PÓS-GRADUAÇÃO

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