



REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

O(A) discente, abaixo identificado(a), vem requerer de V.Sa. sua matrícula nas disciplinas abaixo, declarando estar ciente das Normas de Matrícula.

Programa de Pós-Graduação em: Ciências da Saúde - Profissional

Nível: Mestrado Profissional

CPF: *

Aluno: *

Endereço: *

Cidade: * UF: * CEP: *

Email: ****@Utilizar um endereço de acesso diário.com

Código	Turma	Nome da Disciplina	Código	Turma	Nome da Disciplina
PCSMF01	01	Bioestatística	PCSMF02	01	Metodologia e Ética em Pesquisa na Área da Saúde

Declaramos, que o(a) discente entregou as seguintes cópias legíveis:

- () Registro Civil (duas cópias)
() RG (uma cópia simples)
() CPF (uma cópia simples)
() Título de Eleitor (uma cópia simples)
- () Inclusão – Graduação (uma cópia)
() Matrícula (duas cópias)
() Inclusão – Mestrado (uma cópia)
() Mestrado (duas cópias)

Campo preenchido
pela secretaria do
PPGPCS.

Estrangeiro(a)

- () RNE e CPF (duas cópias simples) () Registro Civil e diploma(s) (duas cópias simples traduzidas)
() Passaporte (duas cópias simples) () Visto de permanência (duas cópias simples)

Nestes termos, pede deferimento.
Uberlândia, 26 de fevereiro de 2024

(Assinatura do aluno) Digital/Gov.Br

Campo preenchido pela secretaria
do PPGPCS.

Assinatura do(a) Coordenador(a) do Curso