



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

**Diretoria de Pós-Graduação**

**REQUERIMENTO DE MATRÍCULA**

 Aluno Especial

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

**Matrícula: Aluno: Endereço: Cidade: UF: CEP:** \_ **Email:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Código** | **Turma** | **Nome da Disciplina** | **Código** | **Turma** | **Nome da Disciplina** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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

( ) Registro Civil **(uma cópia simples)**

( ) RG (uma cópia simples)

( ) CPF (uma cópia simples)

( ) Título de Eleitor (uma cópia simples)

( ) Certificado de Conclusão – Graduação (uma cópia simples)

( ) Diploma de Graduação **(uma cópia simples)**

( ) Certificado de Conclusão – Mestrado (uma cópia simples)

( ) Diploma de Mestrado **(uma cópia simples)**

**Estrangeiro(a)**

( ) RNE e CPF (uma cópia simples)

( ) Passaporte (uma cópia simples)

( ) Registro Civil e diploma(s) **(uma cópia simples traduzida)**

( ) Visto de permanência (uma cópia simples)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nestes termos, pede deferimento.**  **Uberlândia, de** \_ **de** | **Assinatura do(a) Coordenador(a) do Curso** |
| **Assinatura do(a) Discente** |