



UFMG

DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA – PÓS-GRADUAÇÃO

ANO

SEM. LETIVO

ESPECIALIZAÇÃO

MESTRADO

DOUTORADO

UNIDADE _____ CURSO _____

NOME _____ Nº. DE REGISTRO _____

ENDEREÇO (RUA AVENIDA ETC.) _____ Nº. _____ COMPL. _____

BAIRRO _____ CIDADE _____ UF _____ CEP _____ TELEFONE _____

Nº.	NOME DA DISCIPLINA	CÓD. DA DISCIPLINA	TURMA	CRÉDITOS	NATUREZA
	DISCIPLINAS A SEREM RETIRADAS	_____	_____	_____	_____
		_____	_____	_____	_____
		_____	_____	_____	_____
		_____	_____	_____	_____
	DISCIPLINAS A SEREM INCLUÍDAS	_____	_____	_____	_____
		_____	_____	_____	_____
		_____	_____	_____	_____
		_____	_____	_____	_____

EM ELABORAÇÃO DE TRABALHO FINAL: SIM NÃO

NOME DO ORIENTADOR: _____

PREVISÃO PARA DEFESA DE TESE/DISSERTAÇÃO: _____ / _____ / _____

 ASS. DO REQUERENTE ASS. () ORIENTADOR () COORDENADOR ASS. RESPONS. MATRÍCULA
 EM _____ / _____ / _____ EM _____ / _____ / _____ EM _____ / _____ / _____

RESERVADO AO COORDENADOR/ORIENTADOR E/OU SECRETARIA DE CURSO

OBSERVAÇÕES:

ATENÇÃO: OS CURSOS DE MESTRADO E DOUTORADO DEVERÃO UTILIZAR ESTE FORMULÁRIO APENAS NO PERÍODO DE ACERTO DE MATRÍCULA.