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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

EM ELABORAÇÃO DE TRABALHO FINAL: SIM ☐ NÃO ☐

NOME DO ORIENTADOR:

PREVISÃO PARA DEFESA DE TESE/DISSERTAÇÃO:

_____ / _____ / _____

ASS. DO REQUERENTE
E M _____ / _____ / _____

ASS. ( ) ORIENTADOR ( ) COORDENADOR
E M _____ / _____ / _____

ASS. RESPONS. MATRÍCULA
E M _____ / _____ / _____

*RESERVADO AO COORDENADOR/ORIENTADOR E/OU SECRETARIA DE CURSO*

**OBSERVAÇÕES:**