UFMG

DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

ANO | SEMESTRE

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA / PÓS-GRADUAÇÃO

MESTRADO ☐
DOUTORADO ☐
ESPECIALIZAÇÃO ☐

UNIDADE _____ CURSO _____ CÓDIGO |_|_|_|_|

NOME _____ Nº MATRÍCULA |_|_|_|_|_|_|_|

ENDEREÇO _____
AV. / RUA Nº APTº BAIRRO

CIDADE ESTADO CEP TELEFONE

Nº	DENOMINAÇÃO DA DISCIPLINA	CÓDIGO DA DISCIPLINA	TURMA	CRÉDITOS	NATUREZA

TAREFA ESPECIAL / ELABORAÇÃO DE TESE: SIM ☐ NÃO ☐

PREVISÃO PARA DEFESA DE TESE ____ / ____ / ____

NOME DO ORIENTADOR:

INFORMAÇÕES PARA CPG / BD

CRÉDITOS OBTIDOS _____ ÁREA DE CONCENTRAÇÃO _____

BOLSISTA SIM ☐ NÃO ☐ AGÊNCIA FINANCIADORA _____

ASS. DO REQUERENTE
EM ____ / ____ / ____

ASS. ( ) ORIENTADOR ( ) COORDENADOR
EM ____ / ____ / ____

ASS. RESPONS. / MATRÍCULA
EM ____ / ____ / ____

A4

UFMG

DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

ANO

SEMESTRE

COMPROVANTE DE MATRÍCULA / PÓS GRADUAÇÃO

NOME | Nº MATRÍCULA

CURSO | MESTRADO ☐ DOUTORADO ☐ ESPECIALIZ. ☐

MATRÍCULA EM DISCIPLINAS: |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

SOMA DOS CRÉDITOS:

TAREFA ESPECIAL / ELABORAÇÃO DE TESE SIM ☐ NÃO ☐

RESPONSÁVEL PELA MATRÍCULA

____ / ____ / ____
DATA

COMPROVANTE DO ALUNO

A4