

**DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO**

ANO

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA EM DISCIPLINA ELETIVA

SEMESTRE

ALUNO(A):

NOME

Nº DO REGISTRO

CURSO

UNIDADE

ENDEREÇO

RUA, AVENIDA, ETC.

BAIRRO

CIDADE/UF

CEP

TELEFONE

DISCIPLINA(S) EM QUE REQUER MATRÍCULA:

CÓDIGO	NOME	OPÇÃO DE TURNO	TURMA

____/____/____
DATA_____
ASSINATURA DO REQUERENTE**RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO / SECRETARIA DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO** ANEXADO QUADRO DE VAGAS____/____/____
DATA_____
CHEFE DA SEÇÃO DE ENSINO/SECRET. DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO**RESERVADO AO COLEGIADO DO CURSO***UTILIZAR O VERSO PARA PRONUNCIAMENTO DO DEPARTAMENTO, SE FOR O CASO*

DECISÃO DO COLEGIADO:

 DEFERIDO INDEFERIDO**DISCIPLINA(S) DEFERIDA(S)**

CÓDIGO	NOME	CRÉD.	TURMA

____/____/____
DATA**RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO / SECRETARIA DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO** COMUNICADO AO ALUNO VERBALMENTE EM ____/____/____ MATRÍCULA REGISTRADA NO SISTEMA EM ____/____/_________
ASSINATURA DO ALUNO ENCAMINHAR À SEÇÃO DE ENSINO DA UNIDADE DO CURSO DO ALUNO._____
CHEFE DA SEÇÃO DE ENSINO/SECRET. DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO**RECIBO**

_____, Nº _____, REQUEREU MATRÍCULA NA(S)

(NOME DO REQUERENTE)

DISCIPLINA(S) ELETIVA(S) _____

____/____/____
DATA_____
CHEFE DA SEÇÃO DE ENSINO/SECRET. DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO