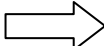
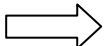


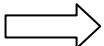
 UFMG	DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO	ANO
	REQUERIMENTO DE MATRÍCULA EM ATIVIDADE ISOLADA	SEM. LETIVO

ALUNO				
NOME				
SEXO	ESTADO CIVIL			DATA DE NASCIMENTO
FEM.	SOLTEIRO(A)	CASADO(A)	VIÚVO(A)	____/____/____
MASC.	SEPARADO(A)	OUTROS		
NOME DA MÃE				
NOME DO PAI				
CÉDULA DE IDENTIDADE / PASSAPORTE		ÓRGÃO EMISSOR	ESTADO	CPF
ENDEREÇO (RUA, AVENIDA ETC)				Nº: APTO.
BAIRRO:	CIDADE	UF:	CEP:	TELEFONE:

ATIVIDADE(S) EM QUE REQUER MATRÍCULA		
CÓDIGO	NOME	TURMA

INFORMAÇÕES ADICIONAIS	
SERVIDOR(A) ATIVO(A) DA UFMG SERVIDOR(A) APOSENTADO(A) DA UFMG PÓS-GRADUADO(A) PELA UFMG NO CURSO _____ PÓS-GRADUADO(A) POR OUTRA IES NO CURSO _____ GRADUADO(A) PELA UFMG NO CURSO _____ GRADUADO(A) POR OUTRA IES NO CURSO _____ PROFISSIONAL DA ÁREA DE _____ ALUNO(A) DE OUTRA IES DO CURSO _____ OUTRO(A) INTERESSADO(A) _____	
 ANEXAR JUSTIFICATIVA E DEMAIS DOCUMENTOS EXIGIDOS.	
____/____/____ DATA	_____ ASSINATURA DO REQUERENTE

PARECER DO DEPARTAMENTO	
 ENCAMINHAR O REQUERIMENTO À SEÇÃO DE ENSINO OU SECRETARIA DE PÓS-GRADUAÇÃO DEFERIDO INDEFERIDO	
____/____/____ DATA	_____ CHEFE DO DEPARTAMENTO

RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO / SECRETARIA DE PÓS-GRADUAÇÃO	
 MATRÍCULA LANÇADA NO SISTEMA ACADÊMICO SOB O Nº _____	
____/____/____ DATA	_____ RESPONSÁVEL

JUSTIFICATIVA