

**DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO**ANO
2017
SEMESTRE
2**REQUERIMENTO DE MATRÍCULA EM DISCIPLINA ELETIVA****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 ____/____/____

ENCAMINHAR À SEÇÃO DE ENSINO DA UNIDADE DO CURSO DO ALUNO.

ASSINATURA 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