



REQUERIMENTO DE MATRÍCULA INICIAL

Dados do acadêmico

Nome: _____

Endereço:

Rua/Av.: _____ Nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Complemento: _____ CEP: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Requer matrícula no curso:

Nome do curso: _____

Habilitação: _____ Série: _____

Unidade: _____ Turno: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do requerente (por escrito ou digital).

Secretaria Acadêmica

Os dados contidos estão em conformidade com as legislações acadêmicas vigentes.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do servidor responsável (por escrito ou digital).

Encaminhado a DRA em:

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do servidor responsável (por escrito ou digital).

DRA - Diretoria de Registro Acadêmico

Deferido Indeferido. O pedido não atende as exigências legais.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do servidor responsável (por escrito ou digital).