



REQUERIMENTO DE COLAÇÃO DE GRAU

Dados do acadêmico

Nome: _____ RGM: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Tendo em vista a conclusão do curso:

Nome do curso: _____

Habilitação: _____

Unidade: _____

Turno: _____

Justificativa do requerente:

(anexar documentos, comprovantes, edital, etc.)

Data: ____/____/____

Assinatura do requerente (por escrito ou digital).

Parecer da coordenadoria do curso:

Tipo de colação de grau: ☐ Simples ☐ Extraordinária ☐ Ordinária

Data: ____/____/____

Assinatura do servidor responsável (por escrito ou digital).

Parecer da SRED/DRA:

☐ Apto

☐ Inapto, em débito com _____

Tipo de colação de grau: ☐ Simples ☐ Extraordinária ☐ Ordinária

Data: ____/____/____

Assinatura do servidor responsável (por escrito ou digital).

Assessoria de Cerimonial:

Colação de grau agendada para: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura do servidor responsável (por escrito ou digital).