

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA DE ALUNO ESPECIAL

Discente:

Orientador: Turma:

Endereço:

Complemento: N.º

Bairro: Cidade:

UF: CEP: Telefone:

e-mail:

Requer matrícula para o Programa *Stricto Sensu* em
 área de concentração:

Unidade Universitária de nas disciplinas:

Disciplina:

Carga Horária: Créditos:

Disciplina:

Carga Horária: Créditos:

Disciplina:

Carga Horária: Créditos:

Declaro que os documentos apresentados são autênticos, sob nulidade da matrícula.

Data:

Assinatura do Aluno



Governo do Estado de Mato Grosso do Sul
Fundação Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
PROPPI - Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação
Diretoria de Registro Acadêmico
Setor de Pós-Graduação



Coordenação do Programa

() Deferido

() Indeferido

Data: ____/____/____

Assinatura do Coordenador
Sob carimbo

Secretaria

Lançado no Sigpós em:

Data: ____/____/____

Assinatura
Sob carimbo

Obs.: Imprimir no verso do formulário



Governo do Estado de Mato Grosso do Sul
Fundação Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
PROPPi - Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação
Diretoria de Registro Acadêmico
Setor de Pós-Graduação



Protocolo de recebimento (entregar ao aluno)

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA DE ALUNO ESPECIAL

Discente:

RGM:

Programa:

Unidade:

Turma:

Recebido em: ____/____/____

Assinatura do responsável pelo recebimento
Sob carimbo

Obs.: Este protocolo deverá ser entregue nos casos em que o documento não seja enviado por e-mail ou outra forma digital.