



REQUERIMENTO DE MATRÍCULA DE ALUNO VINCULADO

Discente: _____ RGM: _____

Orientador: _____ Turma: _____

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* (origem):

Unidade Universitária de _____

Endereço: _____

Complemento: _____ N.º _____

Bairro: _____ Cidade: _____

UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____

e-mail: _____

Programa de Pós-Graduação (destino)

Requer matrícula para o Programa *Stricto Sensu* _____

em _____ – área de concentração:

Unidade Universitária de _____, para cursar como Aluno

Vinculado, a disciplina:

Disciplina: _____

Prof. responsável: _____

Carga Horária: _____ Créditos: _____

Data: _____

Assinatura do Aluno

Ciência do Orientador

Estou ciente e de acordo com a matrícula do Discente como aluno vinculado.

Data: ____/____/____

Assinatura do Orientador



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



Docente do Programa de Destino

() Deferido () Indeferido

Justificativa:

Data: ___/___/___

Assinatura do Docente Responsável pela Disciplina

Coordenação do Programa de Destino

() Deferido () Indeferido

Justificativa:

Data: ___/___/___

Coordenador do Programa
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)

COMPROVANTE DE REQUERIMENTO DE MATRÍCULA DE ALUNO VINCULADO

Discente:

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.