



DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

ANO

SEM. LETIVO

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA EM ATIVIDADE ISOLADA**ALUNO**

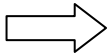
NOME				
SEXO	ESTADO CIVIL			DATA DE NASCIMENTO
FEM.	SOLTEIRO(A)	CASADO(A)	VIÚVO(A)	____/____/____
MASC.	SEPARADO(A)	OUTROS		
NOME DA MÃE				
NOME DO PAI				
CÉDULA DE IDENTIDADE / PASSAPORTE		ÓRGÃO EMISSOR	ESTADO	CPF
ENDEREÇO (RUA, AVENIDA ETC)				Nº: APTO.
BAIRRO:	CIDADE	UF:	CEP:	TELEFONE:

ATIVIDADE(S) EM QUE REQUER MATRÍCULA

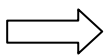
CÓDIGO	NOME	TURMA

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

SERVIDOR(A) ATIVO(A) DA UFMG
 SERVIDOR(A) APOSENTADO(A) DA UFMG
 PÓS-GRADUADO(A) PELA UFMG NO CURSO _____
 PÓS-GRADUADO(A) POR OUTRA IES NO CURSO _____
 GRADUADO(A) PELA UFMG NO CURSO _____
 GRADUADO(A) POR OUTRA IES NO CURSO _____
 PROFISSIONAL DA ÁREA DE _____
 ALUNO(A) DE OUTRA IES DO CURSO _____
 OUTRO(A) INTERESSADO(A)

**ANEXAR JUSTIFICATIVA E DEMAIS DOCUMENTOS EXIGIDOS.**

____/____/____ DATA ASSINATURA DO REQUERENTE

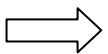
PARECER DO DEPARTAMENTO

ENCAMINHAR O REQUERIMENTO À SEÇÃO DE ENSINO OU SECRETARIA DE PÓS-GRADUAÇÃO

DEFERIDO

INDEFEITO

____/____/____ DATA CHEFE DO DEPARTAMENTO

RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO / SECRETARIA DE PÓS-GRADUAÇÃO

MATRÍCULA LANÇADA NO SISTEMA ACADÊMICO SOB O Nº _____

____/____/____ DATA RESPONSÁVEL

JUSTIFICATIVA