

 UFMG	DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO	ANO
	REQUERIMENTO DE MATRÍCULA EM ATIVIDADE ACADÊMICA ELETIVA – PARA ALUNOS DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO –	SEM. LETIVO

ALUNO(A)					
NOME _____					
Nº DE REGISTRO		CURSO		UNIDADE	
(RUA, AVENIDA, ETC.)				Nº	APT.
BAIRRO		CIDADE		UF	CEP
TELEFONE FIXO		CELULAR	E-MAIL		
ATIVIDADE(S) ACADÊMICA(S) EM QUE REQUER MATRÍCULA					
CÓDIGO	NOME			OPÇÃO DE TURNO	TURMA
_____/_____/_____ DATA		_____ ASSINATURA DO ALUNO			

RESERVADO AO COLEGIADO DO CURSO OFERTANTE			
⇒ UTILIZAR O VERSO PARA PRONUNCIAMENTO DO DEPARTAMENTO, SE FOR O CASO			
DECISÃO DO COLEGIADO:		☐ DEFERIDO	☐ INDEFERIDO
ATIVIDADE(S) ACADÊMICA(S) DEFERIDA(S)			
CÓDIGO	NOME	CRÉD.	TURMA
_____/_____/_____ DATA		_____ COORDENADOR(A) DO CURSO	

RESERVADO AO CURSO DE ORIGEM	
DECISÃO:	☐ DEFERIDO ☐ INDEFERIDO
_____/_____/_____ DATA	_____ ORIENTADOR(A)

RECIBO	
_____, Nº _____, REQUEREU MATRÍCULA NA(S)	
NOME DO ALUNO	
ATIVIDADE(S) ACADÊMICA(S) / FORMAÇÃO LIVRE _____	
_____.	
_____/_____/_____ DATA	_____ SECRETARIA DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO

RESERVADO AO DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL

____/____/____
DATA

COORDENADOR(A) DO CURSO