



REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

O(A) discente, abaixo identificado(a), vem requerer de V.Sa. sua matrícula em **Ciências da Saúde**, conforme especificado nas opções abaixo, declarando estar ciente das Normas de Matrícula.

Não esquecer de indicar o Nível do Curso

Programa de Pós-Graduação em: **Ciências da Saúde**

Nível: Mestrado Acadêmico Doutorado Mestrado Profissional

Matrícula: *CPF*

Aluno: *

Endereço: *

Cidade: * UF: * CEP: *

Email: **** @Utilizar um endereço de acesso diário.com

Código	Turma	Nome da Disciplina	Código	Turma	Nome da Disciplina
PGCS12	01	Tese de Doutorado	PGCS07	01	Dissertação de Mestrado

Declaramos, que o(a) discente entregou as seguintes cópias legíveis:

- () Registro Civil (duas cópias)
() RG (uma cópia simples)
() CPF (uma cópia simples)
() Título de Eleitor (uma cópia simples)
- () Conclusão – Graduação (uma cópia)
() Conclusão – Mestrado (uma cópia)
() Conclusão – Doutorado (duas cópias)

Campo preenchido pela secretaria do PPCSA.

Estrangeiro(a)

- () RNE e CPF (duas cópias simples) () Registro Civil e diploma(s) (duas cópias simples traduzidas)
() Passaporte (duas cópias simples) () Visto de permanência (duas cópias simples)

Nestes termos, pede deferimento.
Uberlândia, 26 de fevereiro de 2024

(Assinatura do aluno) Digital/Gov.Br

Campo preenchido pela secretaria do PPCSA.

Assinatura do(a) Coordenador(a) do Curso