



DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

ANO

SEM. LETIVO

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA EM ATIVIDADE ISOLADA**ALUNO**

NOME

SEXO

FEM.

ESTADO CIVIL

SOLTEIRO(A)

CASADO(A)

VIÚVO(A)

DATA DE

NASCIMENTO

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:

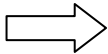
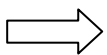
TELEFONE:

ATIVIDADE(S) EM QUE REQUER MATRÍCULA

CÓDIGO

NOME

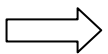
TURMA

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