



DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

ANO

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA EM DISCIPLINA ELETIVA

SEMESTRE

PREENCHER EM LETRA DE FORMA

RESERVADO ALUNO

NOME: _____

CURSO: _____ UNIDADE: _____

Nº DA MATRÍCULA: _____ TELEFONE: _____ E-MAIL _____

REQUER MATRÍCULA NAS SEGUINTE DISCIPLINAS ELETIVAS

CODIGO	NOME	CR

DATA ____/____/____ ASSINATURA _____

RESERVADO AO COLEGIADO DO REQUERENTE

DO COORDENADOR DO CURSO DE _____
À SECRETARIA DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CURSO DE _____

AUTORIZAÇÃO CONDICIONAL PARA O PROTOCOLO DA MATRÍCULA EM ELETIVA

O COLEGIADO DO CURSO DE _____
OBSERVADAS AS EXIGÊNCIAS DOS ITENS 46 E 47 DA RESOLUÇÃO COMPLEMENTAR Nº 01/90 DO CEPE, AUTORIZA O CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM _____ ABRIR O PROCESSO DE MATRICULA DO(A) ALUNO(A) _____
NÚMERO: _____ NA(S) DISCIPLINA(S) ELETIVA (S) _____

CÓDIGO(S) _____ NÃO INTEGRANTE(S) DO CURRÍCULO PLENO DE SEU CURSO, CONDICIONADA À EXISTÊNCIA DE VAGAS E À COMPATIBILIDADE DE HORÁRIOS.

DATA: ____/____/20____

COORDENADOR(A) DO COLEGIADO OU ORIENTADOR(A)

PARECER DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO

⇒ ENCAMINHAR O REQUERIMENTO À SECRETARIA DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM _____

DEFERIDO

INDEFERIDO

MOTIVO: _____

____/____/____

COORDENADOR(A) DO CURSO/PROFESSOR(A) RESPONSÁVEL