|  |
| --- |
| brasao_da_republica_ALTASERVIÇO PÚBLICO FEDERAL |
| ufuMINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO |
| UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA |
| PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO |
| Diretoria de Pós-Graduação |
|  |
| **REQUERIMENTO DE MATRÍCULA** |
|  |

|  |
| --- |
|  O(A) discente, abaixo identificado(a), vem requerer de V.Sa. sua matrícula nas disciplinas abaixo, declarando estar ciente das Normas de Matrícula. |
|  |
| **Programa de Pós-Graduação em:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  **Nível:** □ Mestrado □ Doutorado □ Aluno Especial |
|  |
| **Matrícula:**  |
| **Aluno:**  |
| **Endereço:**  |
| **Cidade:**  **UF:**  **CEP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Email:**  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Código** | **Turma** | **Nome da Disciplina** | **Código** | **Turma** | **Nome da Disciplina** |
| **MSF001** |  | **Atenção Integral na Saúde da Família** | **MSF004** |  | **Produção do Conhecimento em Serviços de Saúde** |
| **MSF002** |  | **Educação na Saúde** | **MSF009** |  | **Tópicos Especiais Projeto de Intervenção: construindo pontes entre os serviços e a comunidade** |
| **MSF003** |  | **Planejamento e Avaliação na Saúde da Família** | **MSF010** |  | **Elaboração da Dissertação 1** |

|  |
| --- |
| **Declaramos, que o(a) discente entregou as seguintes cópias legíveis:**( ) Registro Civil **(**uma cópia simples**)** ( ) Certificado de Conclusão – Graduação (uma cópia simples)( ) RG (uma cópia simples) ( ) Diploma de Graduação **(**uma cópia simples**)**( ) CPF (uma cópia simples) ( ) Certificado de Conclusão – Mestrado (uma cópia simples)( ) Título de Eleitor (uma cópia simples) ( ) Diploma de Mestrado **(**uma cópia simples**)****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,** \_\_\_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Assinatura do(a) Discente** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Assinatura do(a) Coordenador(a) do Curso** |