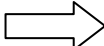
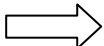


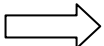
 UFMG	DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO	ANO
	REQUERIMENTO DE MATRÍCULA EM ATIVIDADE ISOLADA	SEM. LETIVO

ALUNO				
NOME				
SEXO	ESTADO CIVIL			DATA DE NASCIMENTO
☐ FEM. ☐ MASC.	☐ SOLTEIRO(A) ☐ SEPARADO(A)	☐ CASADO(A) ☐ OUTROS	☐ VIÚVO(A)	____/____/____
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