**REQUERIMENTO PARA COLAÇÃO DE GRAU**

**Observações Importantes**

1 – As informações prestadas neste formulário serão utilizadas na impressão dos diplomas.

2 – Em caso de mudança no nome, entrar em contato com a Secretaria Acadêmica.

3 – Respeite os prazos estabelecidos no Calendário e Cronograma de Procedimentos de colações de grau vigente.

**Preencher todos os campos sombreados.**

Curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Campus: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semestre/ano de conclusão: Ano: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Modalidade de cerimônia de colação de grau pretendida:

|  |
| --- |
| **DADOS PARA CONFECÇÃO DO DIPLOMA** |
| Nome Completo:  |
| Grau Adquirido:  |  |
| Sexo: |  |
| Nome do Pai:  |
| Nome da Mãe:  |
| Data de Nascimento:  |      /     /   |  |
| Naturalidade:  | UF:       |
| Nacionalidade:  |
| Carteira de Identidade:  | Orgão Exped./UF:  | CPF:  |

|  |
| --- |
| **DADOS PESSOAIS** |
| Matrícula Nº:  |  E-mail:  |  |
| Endereço: | Complemento: |  |
| Bairro: | CEP: |
| Cidade: | UF: |
| Telefone Fixo:  | ( ) | Celular:  | (    )  |  |
|  |  |  |  |  |

Declaro estar ciente de que, caso não integralize o currículo de meu curso neste semestre, a Secretaria Acadêmica do Campus excluirá, automaticamente, meu nome da relação de prováveis formandos.

 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data Discente (Assinatura)