**REQUERIMENTO DE MATRÍCULA – ALUNO REGULAR**

|  |
| --- |
| **Nome:**  |
| **Curso:**  |
| **E-mail: / Telefones:**  |
| **Endereço:**  |
| **Cidade (UF):**  |
| **Disciplinas requeridas:** |
| **Nome da disciplina / Atividade a ser realizada** | **C.H.** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Local e Data da Matrícula:** Araguaína, TO; / / 2023 |
| **Assinatura do aluno**:  |
| **Orientador:**  |
|  |
| **Reservado à Secretaria do Curso** |
| Lançado no SIE EM: / /  |  |  |
| Lançado na CAPES em: / /  |  |  |
|  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Secretário do Programa de Pós-Graduação |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Coordenador do Curso |