



REQUERIMENTO PARA COLAÇÃO DE GRAU E EXPEDIÇÃO DE DIPLOMA

Senhor(a) Diretor(a),

O/A aluno/a abaixo assinado vem com o presente requer a V.Sa. a **COLAÇÃO DE GRAU** e **EXPEDIÇÃO DO DIPLOMA DE GRADUAÇÃO** conforme dados (**PREENCHER EM LETRA DE FORMA**):

NOME ALUNO/A: _____

CURSO : _____ MATRÍCULA: _____

BACHARELADO () LICENCIATURA ()

DATA DA COLAÇÃO DE GRAU: ____/____/____ () Colação de Turma () Colação Social

* Em caso de colação de grau de urgência, especificar o motivo e anexar documentação comprobatória: ____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ NACIONALIDADE : _____

NATURALIDADE : _____

CARTEIRA DE IDENTIDADE: _____

ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____

ENDEREÇO COMPLETO: _____

TELEFONES (FIXO): (____) _____ (CELULAR): (____) _____

E-MAIL: _____

_____, ____ de _____ de _____.

(Local)

(Data)

AO TEMPO EM QUE DECLARA ESTAR CIENTE DE QUE É OBRIGATÓRIO ANEXAR OS SEGUINTE DOCUMENTOS:

- Cópia da Carteira de Identidade **LEGÍVEL** (autenticada no CRCA);
- Declaração de Quitação com as bibliotecas **CENTRAL e SETORIAL**;
- Documento Militar Atualizado, apenas para os cursos de **MEDICINA e ODONTOLOGIA**;
- Para os alunos de **ODONTOLOGIA e EDUCAÇÃO FÍSICA – LICENCIATURA** devem apresentar Declaração de Quitação com o curso, emitida pela respectiva Coordenação.

Recebi o Diploma de Graduação acima mencionado:

_____, ____/____/____ _____

Local

Data

ASSINATURA