FORMULÁRIO DE SERVIÇOS ESCOLARES

CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG

NOME (legível): _____

PROGRAMA: _____

MATRÍCULA: _____ DATA: _____

NÍVEL: MESTRADO DOUTORADO ESPECIALIZAÇÃO ISOLADA

TELEFONE: _____ E-MAIL: _____

SERVIÇO DESEJADO:

DECLARAÇÃO: DE DIPLOMA EM VIAS DE EXPEDIÇÃO

2 - QUE FOI APROVADO NA SELEÇÃO - ESPECIFICAR O NÍVEL: M/ D

3 - DE ALUNO REGULARMENTE MATRICULADO

4 - DE ALUNO MATRICULADO EM DISCIPLINA ISOLADA - POR NOME DA DISCIPLINA ABAIXO

5 - DE MATRÍCULA EM DISCIPLINA CONSTANDO DIA E HORA - DETALHAR ABAIXO

6 - OUTRA - DETALHAR ABAIXO

7 - CÓPIA DA ATA DE DEFESA

8 - EMENTA DE DISCIPLINA - ESPECIFICAR ABAIXO QUAL(IS) DISCIPLINA(S)

9 - HISTÓRICO ESCOLAR

10 - CERTIFICADO DE DISCIPLINA ISOLADA CURSADA NO ANO DE _____

DISCIPLINA: _____ CÓD: _____

CERTIFICADO DE DISCIPLINA ISOLADA CURSADA NO ANO DE _____

DISCIPLINA: _____ CÓD: _____

Os documentos solicitados ficarão disponíveis por no máximo, três meses