|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |  |  |
|  | | **FORMULÁRIO**  **REQUERIMENTO DIPLOMA**  **MESTRE/DOUTOR** |  | |  |

Magnífico Reitor

O/A abaixo citado/a requer a expedição e o registro do diploma de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conforme dados a seguir**: (Mestre ou Doutor)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome Completo:** | |
| **Programa de Pós-Graduação em:** | **Matrícula:** |
| **Área de Concentração/Linha de Pesquisa:** | **Defesa de Tese –Mês/Ano:** |
| **Endereço:** | **Telefone para contato:** |
| **E-mail:** |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do/a requerente

Em \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **DOCUMENTOS ANEXOS** |
| * Cópia diploma curso de graduação ou mestrado (frente verso); * Cópia histórico escolar da graduação ou do mestrado; * Cópia do documento de identidade; * Cópia do CPF (se não estiver no documento de identidade); * Histórico escolar da Pós-graduação concluída – original; * Ata de defesa e aprovação da dissertação/tese; * Certificado de revisão normativa – CRN. |