|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  | **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.

  |