

**FORMULÁRIO
REQUERIMENTO DIPLOMA
MESTRE/DOCTOR**

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.

ATENÇÃO!!!

Toda documentação deve ser enviada em arquivos PDF separados e identificados conforme sua natureza.

O FORMULÁRIO, BEM COMO OS DOCUMENTOS ANEXADOS SÓ SERÁ VALIDADO COM ASSINATURAS DO/A SERVIDOR/A RESPONSÁVEL.