



### REQUERIMENTO DE MATRÍCULA / INSCRIÇÃO CURSO MESTRADO

ANO/SEMESTRE LETIVO:

NOME COMPLETO:		SEXO:	<input type="checkbox"/> Masc.	<input type="checkbox"/> Fem.
DATA DE NASCIMENTO:	NATALIDADE:	ESTADO:		
FILIAÇÃO:	PAI:	MAE:	ESTADO CIVIL:	
NECESSIDADES ESPECÍFICAS:	SE MULTIPLAS OU OUTRAS ESPECIFICAR:	AUTO DECLARAÇÃO DE COR/RAÇA:		

ENDEREÇO (Av. rua, praça, travessa, etc.):	N.:	BAIRRO:		
CIDADE:	UF:	CEP:	TELEFONE FIXO:	CELULAR:
EMAIL PRINCIPAL:	E-MAIL ALTERNATIVO:			

CARTEIRA DE IDENTIDADE:	ORG. EXPEDIDOR:	DATA DE EMISSÃO:	UF:	CPF:
TÍTULO ELEITORAL N.º	ZONA:	SEÇÃO:	UF:	
<b>DOCUMENTO MILITAR (Obrigatório somente alunos sexo masculino):</b>				
N.º DO CERTIFICADO DE RESERVISTA:	DATA DE EXPEDIÇÃO:			

Preencha abaixo as disciplinas a serem cursadas, observando atentamente os pré-requisitos, oferta por semestre e/ou número de vagas disponíveis.

Disciplinas	Tipo de Inscrição / Matrícula

**CHECK LIST - DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIO PARA INSCRIÇÃO/MATRÍCULA**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Duas vias impressas do Requerimento de Inscrição/Matrícula (Disponível no site: <a href="http://www.ifnmg.edu.br/documentos-sal/secretaria">http://www.ifnmg.edu.br/documentos-sal/secretaria</a> ) | <input type="checkbox"/> Cópia autenticada do CPF   |
| <input type="checkbox"/> Cópia autenticada do Histórico Escolar do Ensino Superior   | <input type="checkbox"/> Cópia autenticada do Título de Eleitor                                   |
| <input type="checkbox"/> Cópia autenticada do Diploma do Ensino Superior   | <input type="checkbox"/> Cópia simples de Certidão de Quitação Eleitoral                          |
| <input type="checkbox"/> Duas fotos 3 x 4 recentes   | <input type="checkbox"/> Cópia autenticada do Certificado de Reservista (aluno do sexo masculino) |
| <input type="checkbox"/> Cópia autenticada da Carteira de Identidade   | <input type="checkbox"/> Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento                 |

Vem requerer de Vossa Senhoria a inscrição / Matrícula no Curso: \_\_\_\_\_

no \_\_\_\_\_ semestre de \_\_\_\_\_.

Termos em que pede deferimento.

Salinas (MG), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Aluno (a)

**TERMO DE CIÊNCIA**

Declaro estar ciente de que ao efetivar minha inscrição no curso de Mestrado Profissional em Medicina Veterinária do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais – campus Salinas, estou ciente de que esta será analisada pelo colegiado do referido Curso para posterior deferimento. Declaro ainda estar ciente e aceitar o cumprimento de suas Normas Regimentais do Curso e da Instituição, e das demais decisões dos Conselhos, bem como assumindo responsabilidade pela indenização total ou parcial, de danos causados por mim ao patrimônio deste Estabelecimento.

Salinas (MG), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Aluno (a)

**PARECER DA SECRETÁRIA DE REGISTROS ACADÊMICOS**

Deferido       Indeferido

Salinas (MG), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Secretária de Registros Acadêmicos