



REQUERIMENTO DE MATRÍCULA / INSCRIÇÃO CURSO MESTRADO - ALUNO ESPECIAL

ANO/SEMESTRE LETIVO:

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

ENDEREÇO (Av. rua, praça, travessa, etc.):		N.º:	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:	
DOCUMENTO MILITAR (Obrigatório somente alunos sexo masculino):				
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: http://www.ifnmg.edu.br/documentos-sal/secretaria) | <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