



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO NORTE DE MINAS GERAIS  
DIRETORIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

FORMULÁRIO DE MATRÍCULA PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA			
Nome:			
Data de Nascimento: ___/___/___	Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem.	Natural de:	
Pai:		Mãe:	
RG:	Órgão Expedidor:	Expedição: ___/___/___	UF:
Certidão de Nascimento/Casamento nº:			
Folha:		Livro:	
CPF:		E-mail:	
Endereço:			Nº:
Bairro:	Cidade:	Complemento:	
UF:	CEP:	Telefone:	Celular:
Trabalha: ( ) sim ( ) não	Profissão:		Estado civil:
Etnia/Raça: ( ) Amarela ( ) Branca ( ) Indígena ( ) Parda ( ) Preta ( ) Não declarada			
Possui alguma necessidade especial? ( ) Sim ( ) Não			Qual:
Título Eleitoral nº:	Zona:	Seção:	UF:
Documento Militar nº:		Data de Emissão: ___/___/___	
Grau de Formação: ( ) Superior ( ) Especialização <i>Lato Sensu</i> ( ) Especialização <i>Stricto Sensu</i> . Qual? _____			
Nome da Instituição:			
Ano de conclusão:	Cidade:		UF:

*\*Obs.: não pode haver rasura neste requerimento*

Venho requerer da Secretaria de Registros Acadêmicos a matrícula na Especialização em Educação a Distância do IFNMG – Câmpus \_\_\_\_\_.

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e de minha total responsabilidade.

Nestes termos, pede deferimento,

\_\_\_\_\_/MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

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

Recebido em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Servidor da SRA ou responsável pela matrícula

Obs.: \_\_\_\_\_