



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.: _____