



UFMG

DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO
REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA PARA A UFMG

REQUERENTE

NOME: _____

ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, ETC.): _____ Nº: _____ APT: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: _____ CEP: _____ TELEFONE: _____

INSTITUIÇÃO DE ENSINO DE ORIGEM: _____

CURSO DE ORIGEM: _____

SITUAÇÃO DO CURSO: RECONHECIDO PELO DECRETO Nº _____ DE ____/____/____ OU AUTORIZADO

CURSO PARA O QUAL REQUER TRANSFERÊNCIA (INDICAR O TURNO, SE FOR O CASO):  _____

SÓ SERÃO ESTUDADOS OS REQUERIMENTOS COM TODA A DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA NO INFORMATIVO OFICIAL DO DRCA.

_____/_____/_____
DATA

ASSINATURA DO REQUERENTE

RESERVADO AO COLEGIADO DO CURSO

DATA

COORDENADOR(A)

COMUNICADO AO REQUERENTE:
- PELO OFÍCIO Nº _____ DE ____/____/____

SECRETÁRIO(A)

- PESSOALMENTE EM ____/____/____ CIENTE DO RESULTADO: _____
ASSINATURA DO REQUERENTE

RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO

ENVIO DA AUTORIZAÇÃO DE REGISTRO AO DRCA EM ____/____/____

DISPENSAS REGISTRADAS NO SISTEMA EM ____/____/____

CHEFE DA SEÇÃO DE ENSINO

