**REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA PARA O POSLIN/UFMG**

|  |
| --- |
| **NOME** |
| **E-MAIL** |
| **ENDEREÇO (Rua, Avenida, etc)** | **Nº** | **APT** |
| **BAIRRO** | **CIDADE** | **UF** | **CEP** | **TELEFONE** |
| **INSTITUIÇÃO DE ENSINO DE ORIGEM** |
| **CURSO DE ORIGEM** |
| **ENDEREÇO DO CURRÍCULO LATTES** |
| **JUSTIFICATIVA** |
| Só serão analisados os requerimentos com toda a documentação exigida no regulamento do Poslin |
| CHECK LIST:☐ formulário de requerimento de transferência devidamente preenchido e assinado;☐ carta de aceite do professor orientador;☐ histórico escolar da graduação e da pós-graduação, se houver;☐ projeto de pesquisa;☐ comprovação de proficiência na(s) língua(s) exigida(s) conforme resolução disponível no site do Programa;☐ comprovante de conclusão de curso de graduação reconhecido pelo MEC;☐ comprovante de vinculação ao Curso de origem. |

\_\_/\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Data Assinatura do Requerente