



**REQUERIMENTO DE MATRÍCULA EM DISCIPLINA ISOLADA**

ANO: \_\_\_\_\_ SEMESTRE: \_\_\_\_\_

Nome do Requerente: \_\_\_\_\_

CI: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Servidor da UFMG: ( ) Sim ( ) Não Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: ( ) Brasileiro ( ) Estrangeiro Ano/Semestre da Graduação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade/UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

Disciplina em que requer matrícula: \_\_\_\_\_

Código / Turma: \_\_\_\_\_ Professor(a): \_\_\_\_\_

**Justificativa (utilize o verso, se necessário)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Assinatura do Requerente

**Parecer do Professor/Colegiado:**

( ) Deferido

( ) Indeferido

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
DATA

ASSINATURA DO PROFESSOR / COORDENADOR

**PosLin/FALE - Comprovante de Requerimento de Matrícula em Disciplina ISOLADA**

Nome do Requerente: \_\_\_\_\_

Disciplina: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_

Belo Horizonte, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Responsável