

Requerimento de Matrícula

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> SISU/MEC | <input type="checkbox"/> Remanejamento Interno: _____ |
| <input type="checkbox"/> Transferência Externa | <input type="checkbox"/> Obtenção de novo título |
| <input type="checkbox"/> Reingresso | <input type="checkbox"/> Aproveitamento da lista do SISU |
| <input type="checkbox"/> Rematrícula | <input type="checkbox"/> Programas Específicos |

Magnífico Reitor

O(A) abaixo assinado(a) _____,
portador do documento de identidade nº _____, CPF _____,
vem requerer matrícula na Universidade Federal de Alfenas, no Curso de _____.

Para tanto declara estar ciente de acordo com as seguintes condições:

- a) que a efetivação de sua matrícula ocorrerá mediante o deferimento da mesma por autoridade competente e conferência da documentação devidamente enviada em formato digital pelo Sistema Informatizado do DRGCA, conforme estabelecem os editais, regimentos, normas e demais regulamentações que regem o processo de seleção e ingresso ao qual está se submetendo nesta instituição no ____º semestre de _____, podendo ainda sua matrícula ser cancelada futuramente, no caso de ser detectada alguma irregularidade na documentação apresentada;
- b) de não estar matriculado em curso de graduação em outra instituição pública e não possuir bolsa do Programa Universidade para Todos – PROUNI no ato da confirmação de matrícula na UNIFAL-MG.

Nestes termos, pede deferimento.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura

Endereço e contato	
Logradouro (Rua, Av. ...)	
Nº	Complemento Bairro
Cidade	UF CEP
Telefone Residencial (xx) xxxxx-xxxx	Telefone Celular (xx) xxxxx-xxxx
Email	