Departamento de Registros Gerais e Controle Acadêmico

DRGCA

**Requerimento de Matrícula**

**Mestrado Doutorado Doutorado Direto**

## Magnífico Reitor

O(A) abaixo assinado(a) , portador do documento de identidade nº , CPF , vem requerer matrícula de

## ingresso pelo Edital na Universidade Federal de Alfenas, no Curso de

no º semestre de .

Para tanto declara estar ciente e de acordo com as seguintes condições para efetivação de sua matrícula:

1. *a matrícula somente será efetivada 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, podendo ainda sua matrícula ser cancelada futuramente, no caso de ser detectada alguma irregularidade na documentação apresentada;*
2. *o(a) aluno(a) ao inserir cópias digitais da documentação solicitada no ato da matrícula atesta sua autenticidade e fidedignidade em relação a documentação original.*

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 | | | | | | | | | | | | | | |