**FORMULÁRIO**
**REQUERIMENTO DIPLOMA**
**MESTRE/DOUTOR**

Magnífico Reitor

O/A abaixo citado/a requer a expedição e o registro do diploma de _____, conforme dados a seguir**:** **(Mestre ou Doutor)**

| | |
|---|---|
| **Nome Completo:** | |
| **Programa de Pós-Graduação em:** | **Matrícula:** |
| **Área de Concentração/Linha de Pesquisa:** | **Defesa de Tese –Mês/Ano:** |
| **Endereço:** | **Telefone para contato:** |
| **E-mail:** | |

_____
Assinatura do/a requerente

Em _____/_____/_____

| **DOCUMENTOS ANEXOS** |
|---|
| • Cópia diploma curso de graduação ou mestrado (frente verso);<br>• Cópia histórico escolar da graduação ou do mestrado;<br>• Cópia do documento de identidade;<br>• Cópia do CPF (se não estiver no documento de identidade);<br>• Histórico escolar da Pós-graduação concluída – original;<br>• Ata de defesa e aprovação da dissertação/tese;<br>• Certificado de revisão normativa – CRN. |

**ATENÇÃO!!!**

**Toda documentação deve ser enviada em arquivos PDF separados e identificados conforme sua natureza.**

**O FORMULÁRIO, BEM COMO OS DOCUMENTOS ANEXADOS SÓ SERÁ VALIDADO COM ASSINATURAS DO/A SERVIDOR/A RESPONSÁVEL.**