



ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
REQUERIMENTO DE MATRÍCULA EM DISCIPLINA ELETIVA - GRAD. e ESP.

ANO
SEMESTRE

REQUERENTE:			
NOME			
Nº DE MATRÍCULA	CURSO	UNIDADE	
ENDEREÇO:			
LOGRADOURO (AV/RUA/PRAÇA/ALAMEDA)		NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE	ESTADO	CEP
DDD	TELEFONE FIXO	TELEFONE CELULAR	
E-MAIL:			

DISCIPLINA EM QUE REQUER MATRÍCULA:	
CÓDIGO	NOME
UNIDADE: ESCOLA DE ENFERMAGEM	
JUSTIFICATIVA (UTILIZE O VERSO, SE NECESSÁRIO)	
____/____/____ DATA	_____ ASSINATURA DO REQUERENTE

AUTORIZAÇÃO DO COLEGIADO DO CURSO DE ORIGEM DO ALUNO	
O Colegiado do Curso _____ autoriza a matrícula do(a) aluno(a) _____ nº de registro _____ na disciplina eletiva _____ do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da UFMG.	
____/____/____ DATA	_____ ASSINATURA E CARIMBO DO(A) COORDENADOR(A)

PARECER DO COORDENADOR DA DISCIPLINA OU COORDENADOR DO COLEGIADO OFERTANTE	
DECISÃO DO COORDENADOR	DEFERIDO <input type="checkbox"/> INDEFERIDO <input type="checkbox"/>
____/____/____ DATA	_____ ASSINATURA DO(A) PROFESSOR(A)/COORDENADOR(A)

RECIBO	
Recebemos de _____ o requerimento de matrícula na disciplina _____ como eletiva.	
____/____/____ Data	Secretaria - CPGGSS