**REQUERIMENTO PARA MATRÍCULA ALUNOS INGRESSANTES**

|  |
| --- |
| **DADOS DO ALUNO** |
| NOME:       |
| CURSO: [ ] MESTRADO [ ]  DOUTORADO | ANO DE INGRESSO:       |
| ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:       |
| ORIENTADOR:       |
| DATA DE NASCIMENTO:       | CPF:       |
| RG/ ORGÃO EMISSOR:       | DATA DE EXPEDIÇÃO:       |
| NATURALIDADE:       | NACIONALIDADE:       |
| ESTADO CIVIL:       | COR/RAÇA:       |
| TÍTULO DE ELEITOR:       | ZONA:       | SEÇÃO:       |
| DOCUMENTO MILITAR:       |
| NOME DA MÃE:       |
| NOME DO PAI:       |
| EMAIL:       |
| CELULAR:       |
| BANCO:       | AGÊNCIA:       | CONTA CORRENTE:       |

Ouro Preto,       de       de      .

|  |
| --- |
| Assinatura do(a) aluno(a) |