



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS



REQUERIMENTO DE MATRÍCULA – ESPECIALIZAÇÃO

É imprescindível o preenchimento completo, sem abreviações, de forma legível dos dados

Ilma. Sra. Christine Martins de Matos			
Diretora do Centro de Educação à Distância - CEAD			
Venho através deste, solicitar minha matrícula conforme descrito nos campos abaixo:			
Nome:			
Curso:		Regular() Distância - EAD ()	
Data de Nascimento: ____ / ____ / ____	Sexo: ()Feminino ()Masculino		Estado Civil: ()Casado () Solteiro
Nº Identidade:	Órgão Exped.:	UF:	Data Exped.: ____ / ____ / ____
Documento Militar: ☐ Cert. Dispensa de Incorporação ☐ Cert. Alistamento Militar ☐ Certificado de Reservista ☐ Certificado de Isenção Militar		Nº:	Orgão Exped.: RM:
Título Eleitoral:	Zona:	Seção:	Distrito/Circunscrição:
CPF:			
Endereço:		Nº:	Compl.:
Bairro:		Cidade:	
CEP:	UF:	Telefone:	Celular:
E-mail:			
Naturalidade:		UF:	Nacionalidade:
Pai:			
Mãe:			
Estabelecimento do Curso Superior:		Tipo do Curso Superior:() Privado () Público	
Cidade do Estabelecimento do Curso Superior/UF:			
Data de Conclusão: ____ / ____ / ____			
FORMA DE INGRESSO: ☐ Processo Seletivo ☐ Outros: _____		DOCUMENTOS ENTREGUES: ☐ Diploma de Graduação/Declaração de Conclusão ☐ Carteira de Identidade ☐ CPF ☐ Registro Civil ☐ Certificado Militar ☐ Comprovante de Quitação Eleitoral ☐ Foto 3x4 ☐ Carteira de Registro Profissional ☐ Outros: _____	

.....



Cor/Raça declarada:	É portador de necessidades especiais, transtorno global do desenvolvimento ou altas habilidades/superdotação: ☐ Sim ☐ Não	
☐ Amarela	Se positivo, marque o tipo abaixo:	
☐ Branca	☐ Cegueira	☐ Surdez
☐ Indígena	☐ Visão subnormal ou Baixa visão	☐ Auditiva
☐ Não declarada	☐ Física	☐ Surdo cegueira
☐ Não dispõe de informação	☐ Múltipla	☐ Intelectual
☐ Parda	☐ Autismo (Transtorno global do desenvolvimento)	
☐ Preta	☐ Síndrome de Asperger (Transtorno global do desenvolvimento)	
	☐ Síndrome de RETT (Transtorno global do desenvolvimento)	
	☐ Transtorno desintegrativo da infância (Transtorno global do desenvolvimento)	
	☐ Altas habilidades/superdotação	
	☐ Outra: _____	

TERMO DE CIÊNCIA

DECLARO, estar ciente de que ao efetivar minha matrícula no Curso de Especialização *Lato Sensu* em _____,

da UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES estarei aceitando o cumprimento de suas normas Estatutárias e Regimentais, bem como das demais decisões dos Conselhos Superiores.

TERMO DE RESPONSABILIDADE DOCUMENTOS PENDENTES

DECLARO, estar ciente que deverei complementar minha documentação junto a Secretaria Geral, no Prazo máximo de 30(trinta) dias sob pena de ser CANCELADA minha matrícula, por não atender as exigências legais previstas no Edital do Processo Seletivo e nas normas da UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS.

Declaro que as informações são verdadeiras:

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura legível do requerente

OBS: Sua matrícula só será confirmada após o despacho da Coordenação do Centro de Educação à Distância (CEAD).