

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Estado civil: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de expedição: ____/____/____

CPF: _____ CEP: _____

Endereço: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____

Fone residencial: () _____ Celular: () _____

Email: _____

Curso formação: _____ Data conclusão: ____/____/____

Nome da Instituição que se formou: _____

Pós-graduação a cursar: _____

Plano de Pagamento:

() À vista

() Parcelado em 30 vezes no boleto bancário

() Parcelado em 30 vezes no cartão de crédito

() Outra opção de parcelamento (limitado a 30 parcelas)

Quantidade de parcelas: ____ () cartão de crédito () boleto bancário

Data de vencimento das mensalidades:

() dia 10

() dia 15

() dia 20

Quais suas expectativas para o curso: _____

Que competências espera desenvolver com o curso: _____

Documentos necessários para efetivação da matrícula:

- RG/CPF;
- Comprovante de residência (conta de água, luz ou telefone);
- Cópia frente e verso do Diploma de Graduação;
- Cópia do Histórico de Graduação com a data da conclusão do curso e a data da colação de grau.

A matrícula somente estará efetivada com o pagamento do valor correspondente, apresentação dos documentos solicitados e assinatura do contrato de prestação de serviços educacionais. A UFAPE reserva-se o direito de não realizar o curso caso o número mínimo de vagas não seja preenchido.

Ao requerer a matrícula em Curso de Pós-Graduação, de acordo com Contrato de Prestação de Serviços Educacionais, estou ciente de que a matrícula não é condicional e que implica em cobrança dos créditos, independente de posterior desistência.

O trabalho de conclusão de curso será opcional, por favor sinalize se pretende realizar a entrega: () Sim () Não

_____, ____/____/____
(Cidade) (Data)

Requerente