**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

 **FACULDADE DE FARMÁCIA**

 **CURSO DE GRADUAÇÃO EM BIOMEDICINA**

**Formulário de Inscrição para Colação de Grau**

|  |
| --- |
| DADOS DO(A) REQUERENTE |
| NOME  |
| MATRÍCULA  |
| FORMAÇÃO COMPLEMENTAR  |
| ENDEREÇO  | Nº  | COMPLEMENTO  |
| BAIRRO  | CIDADE  | UF  | CEP  |
| TELEFONE RESIDENCIAL  | CELULAR  |
| E-MAIL  |

|  |
| --- |
| Por meio deste requerimento, solicito a inclusão do meu nome na lista de prováveis formandos(as) da turma de concluintes do curso de Biomedicina. Declaro que neste corrente semestre integralizarei o currículo de meu curso. Declaro estar ciente que caso não ocorra a integralização, a Seção de Ensino poderá excluir automaticamente meu nome da relação de formandos.Belo Horizonte, de de 20 .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do(a) Requerente |