**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 |