

# **MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

# Universidade Federal de Ouro Preto

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação



Universidade Federal

de Ouro Preto

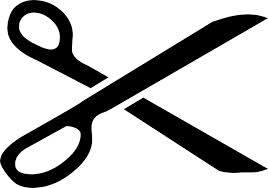
|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO PARA EXPEDIÇÃO DE CERTIFICADO DE PÓS-GRADUAÇÃO**  ***LATO SENSU* (ESPECIALIZAÇÃO)** |

|  |
| --- |
| O abaixo assinado vem requerer seu certificado de pós-graduação referente ao curso indicado e declara estar ciente de que o certificado poderá ser retirado pessoalmente ou com procuração, na Secretaria do Curso, 90 (noventa) dias após abertura do processo pela PROPP. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do Requerente: | | | | CPF: |
|  | | | |  |
| Endereço: | | Nº: | | Complemento: |
|  | |  | |  |
| Bairro: | Cidade: | UF: | | CEP: |
|  |  |  | |  |
| E-mail: | | Telefone: | | |
|  | |  | | |
| Curso: | | | | |
|  | | | | |
| POLO: | | | Data da apresentação da monografia/TCC: | |
|  | | |  | |

|  |
| --- |
| **Documentos anexados** |
| \*ATENÇÃO: NÃO SERÃO ACEITAS CÓPIAS ILEGÍVEIS. |

|  |  |
| --- | --- |
| Nestes termos, pede deferimento. | |
| Data: | Assinatura do requerente: |
|  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RECIBO DE REQUERIMENTO DE CERTIFICADO | | |
| Requerente: |  | |
|  | | |
| Curso: |  | Data do requerimento: |
|  | |  |
| Assinatura do(a) servidor(a) responsável pelo recebimento deste requerimento: | | |
|  | | |
| **Prazo para entrega: 90 dias após abertura do processo** | | |