



REQUERIMENTO PARA COLAÇÃO DE GRAU E EXPEDIÇÃO DE DIPLOMA

Senhor Diretor,

O aluno abaixo assinado vem com o presente requer a V.Sa. a **COLAÇÃO DE GRAU** e **EXPEDIÇÃO DO DIPLOMA DE GRADUAÇÃO** conforme dados (**PREENCHIDOS EM LETRAS DE FORMA**) a seguir:

NOME ALUNO: \_\_\_\_\_

CURSO : \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

BACHARELADO ( ) LICENCIATURA ( )

DATA DA COLAÇÃO DE GRAU: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ( ) Com a Turma ( ) No Gabinete do Reitor

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

NATURALIDADE : \_\_\_\_\_ NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_

CARTEIRA DE IDENTIDADE: \_\_\_\_\_

ÓRGÃO EXPEDIDOR: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO COMPLETO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

**AO TEMPO EM QUE DECLARA ESTAR CIENTE DE QUE É OBRIGATÓRIO ANEXAR OS SEGUINTE DOCUMENTOS:**

- \* Cópia da Carteira de Identidade **LEGÍVEL** (autenticada no DRCA);
- \* Declaração de Quitação com as bibliotecas **CENTRAL** e **SETORIAL**;
- \* Documento Militar Atualizado, apenas para os cursos de **MEDICINA** e **ODONTOLOGIA**;
- \* Para os alunos de **ODONTOLOGIA** e **EDUCAÇÃO FÍSICA – LICENCIATURA** devem apresentar **Declaração de Quitação** com o curso, emitida pela respectiva Coordenação.

**ATENÇÃO: LIGAR 48 HORAS ANTES DA DATA ESCOLHIDA PARA SABER SE O SEU NOME CONSTA NA LISTA DA COLAÇÃO ATRAVÉS DO TELEFONE Nº 3214-1086 (DRA)**

Maceió, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

ASSINATURA

Recebi o Diploma de Graduação acima mencionado.

Maceió, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

ASSINATURA