



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FARMÁCIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM BIOMEDICINA

Formulário de Requerimento de Emissão de Diploma

DADOS DO REQUERENTE			
NOME		MATRÍCULA	
DATA DA COLAÇÃO DE GRAU			
ENDEREÇO			Nº
COMPLEMENTO		BAIRRO	CEP
CIDADE	UF	TELEFONE RESIDENCIAL	
CELULAR	E-MAIL		

Por meio do presente requerimento, venho formalmente solicitar a inclusão do meu nome na lista de prováveis formandos da turma de concluintes do curso de Biomedicina. Declaro que, neste semestre letivo, está prevista a integralização do currículo do curso, cumprindo todos os requisitos acadêmicos necessários para a conclusão da graduação. Além disso, afirmo estar plenamente ciente de que, caso a integralização curricular não se concretize por quaisquer motivos, a Seção de Ensino está autorizada a proceder com a exclusão automática do meu nome da referida lista de formandos, conforme as normas institucionais vigentes.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Requerente

FINALIZAR E TRAVAR