**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
Secretaria-Geral
REQUERIMENTO DE MATRÍCULA**É imprescindível o preenchimento completo, sem abreviações, de forma legível dos dados
Em caso de dúvidas, entre em contato com a Secretaria Geral

|  |
| --- |
| Ilmo(a) Sra: Yule Roberta Ferreira Nunes |
| Coordenador (a) do: Programa de Pós-graduação em Botânica Aplicada |
| **Venho através deste, solicitar minha matrícula conforme descrito nos campos abaixo:** |
| **Nome**: | N° Matrícula: |
| Curso: Mestrado em Botânica Aplicada | Regular () Disciplina Isolada ( ) |
| Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | Sexo: ( )Feminino ( )Masculino | Estado Civil: ( )Casado ( ) Solteiro |
| N° Identidade: | Órgão Exped.: | UF: | Data Exped.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| Documento Militar:□Cert. Dispensa de Incorporação □Cert. Alistamento Militar□Certificado de Reservista □Certificado de Isenção Militar | N°: | Orgão Exped.:RM: |
| Título Eleitoral: | Zona: | Seção: | Distrito/Circunscrição:  |
| CPF: |
| Endereço: | N°: | Compl.: |
| Bairro: | Cidade: |
| CEP: | UF: | Telefone:  | Celular: |
| E-mail: |
| Naturalidade: | UF: | Nacionalidade: |
| Pai: |
| Mãe: |
| Estabelecimento Ensino Médio: | Tipo de Ensino Médio: ( ) Privado ( ) Público |
| Cidade do Estabelecimento Ensino Médio/UF: | Data de Conclusão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| Estabelecimento Ensino de Graduação: |
| Curso: | Tipo de Ensino de Graduação: ( ) Privado ( ) Público |
| Cidade do Estabelecimento Ensino Graduação/UF: |
| □Bacharelado □Licenciatura □Bacharelado e Licenciatura | Data de Conclusão da Graduação: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| FORMA DE INGRESSO:□Processo Seletivo□Disciplina Isolada□Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | DOCUMENTOS ENTREGUES: |
| □Histórico Escolar/Declaração de Conclusão |
| □Carteira de Identidade□Registro Civil□Comprovante de Quitação Eleitoral□Carteira de Registro Profissional | □CPF□Certificado Militar□Foto 3x4□Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**...................................................................................................................................................................................................**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **C:\Users\yan.graciano\Desktop\Governo-De-Minas-Gerais-1.jpg** | **UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS** | **RECIBO de Requerimento de Matrícula** |
| **Nome**: | N° de Matrícula:  |
| Curso: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | Assinatura do Servidor |
| OBS: Sua matrícula só será confirmada após o despacho do Coordenador Geral da Coreme ou Coremu.Fique atento ao período de renovação de matrículas, efetue a sua online através o portal da UNIMONTES (www.unimontes.br) |

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
Secretaria-Geral**

|  |  |
| --- | --- |
| Cor/Raça declarada:□Amarela□Branca□Indígena□Não declarada□Não dispõe de informação□Parda□Preta | É portador de necessidades especiais, transtorno global do desenvolvimento ou altas habilidades/superdotação: □Sim□Não |
| Se positivo, marque o tipo abaixo:□Cegueira□Visão subnormal ou Baixa visão□Física□Múltipla | □Surdez□Auditiva□Surdo cegueira□Intelectual |
| □Autismo (Transtorno global do desenvolvimento)□Síndrome de Asperger (Transtorno global do desenvolvimento)□Síndrome de RETT (Transtorno global do desenvolvimento)□Transtorno desintegrativo da infância (Transtorno global do desenvolvimento)□Altas habilidades/superdotação□Outra:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **TERMO DE CIÊNCIA**DECLARO, estar ciente de que ao efetivar minha matrícula neste Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES estarei aceitando o cumprimento de suas normas Estatuárias e Regimentais, bem como das demais decisões dos Conselhos Superiores.**MATRÍCULA EM INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR**Em conformidade com as Normas para Regulamentação do Ensino nos Cursos de Pós-Graduação Stricto Sensu da UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES, DECLARO não estar matriculado(a) em outra Instituição de Ensino Superior Pública. Declaro ainda, estar ciente de que devo comunicar a esse órgão qualquer alteração que venha ocorrer na condição ora declarada, enquanto durar o vínculo com a Universidade Estadual de Montes Claros.**TERMO DE RESPONSABILIDADE DOCUMENTOS PENDENTES**DECLARO, estar ciente que deverei complementar a minha documentação junto a Secretaria Geral, no Prazo máximo de 30(trinta) dias sob pena de ser CANCELADA minha matrícula, por não atender as exigências legais previstas no Edital do Processo Seletivo e nas normas da UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS |
| Declaro que as informações são verdadeiras:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura legível do requerente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura responsável pela matrícula |
| **DISCIPLINAS A SERAM CURSADAS NESTE SEMESTRE:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**...................................................................................................................................................................................................**

|  |
| --- |
| **TERMO DE CIÊNCIA**DECLARO, estar ciente de que ao efetivar minha matrícula neste Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES estarei aceitando o cumprimento de suas normas Estatuárias e Regimentais, bem como das demais decisões dos Conselhos Superiores.**MATRÍCULA EM INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR**Em conformidade com as Normas para Regulamentação do Ensino nos Cursos de Pós-Graduação Stricto Sensu da UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES, DECLARO não estar matriculado(a) em outra Instituição de Ensino Superior Pública. Declaro ainda, estar ciente de que devo comunicar a esse órgão qualquer alteração que venha ocorrer na condição ora declarada, enquanto durar o vínculo com a Universidade Estadual de Montes Claros.**TERMO DE RESPONSABILIDADE DOCUMENTOS PENDENTES**DECLARO, estar ciente que deverei complementar a minha documentação junto a Secretaria Geral, no Prazo máximo de 30(trinta) dias sob pena de ser CANCELADA minha matrícula, por não atender as exigências legais previstas no Edital do Processo Seletivo e nas normas da UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS. |