**NIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO - UFRPE**

**U**

**DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO CURSOS E PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO**

**Governo Federal Ministério da Educação**

SOLICITAÇÃO DE MATRÍCULA - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA VETERINÁRIA

Senhor(a) Coordenador(a),

|  |
| --- |
| NOME: |
| IDENTIDADE: DATA | CPF: |
| FILIAÇÃO: |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL: |
| BAIRRO: | CIDADE/UF: |
| CEP: | FONE/CELULAR: |
| EMAIL: |

Credenciado a realizar o curso de [ ] Mestrado [ ] Doutorado em Medicina Veterinária na qualidade de aluno [ X ] Regular [ ] Especial, requer matrícula nas disciplinas relacionadas abaixo, no 1º período letivo do ano de 2021, do referido curso: Medicina Veterinária

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CÓDIGO/DISCIPLINA | VISTO DO ORIENTADOR | VISTO DO COORDENADOR |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Recife-PE, ............. de março de 2021.

|  |
| --- |
| **Para controle do DRCA** |
| Número de disciplinas: | 0 |
| Comprovante número: | ........................................ |
| Recife-PE, ............ de março de 2021. |
| ................................................................................. |

..................................................................................................

ASSINATURA DO ALUNO