



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO NORTE DE MINAS GERAIS  
CENTRO DE REFERÊNCIA EM FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA (CEAD)

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA EM CURSO DE GRADUAÇÃO

CURSO:							
POLO DE APOIO PRESENCIAL:			POLO SEDE: CEAD / MONTES CLAROS				
Nome do(a) aluno(a):				Data de Nascimento: ____/____/____			
Natural de:		Nacionalidade:		UF:	Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem.		
Nome da mãe:							
Nome do pai:							
RG:		Órgão Expedidor:		Data de Expedição ____/____/____	UF:		
CPF:			Estado Civil:				
Endereço:					Nº:		
Bairro:		Cidade:		Complemento:			
UF:	CEP:		Telefone/Celular:				
E-mail:				Whatsapp:			
Grau de Formação: ( ) Ens. Médio ( ) Técnico ( ) Superior incompleto ( ) Superior completo ( ) Pós-graduação							
Estabelecimento de Ensino:							
Ano de Conclusão:			Cidade:		UF:		
Etnia/Raça: ( ) Amarela		( ) Branca	( ) Indígena		( ) Parda	( ) Preta	( ) Não declarada
Possui alguma necessidade específica?		( ) Sim	( ) Não	Qual:			
FORMA DE INGRESSO:		( ) Vestibular	( ) Transferência	( ) Sisu	( ) Outra – Qual? _____		
Ingressou pelo Sistema de Reserva cotas?		( ) Sim	( ) Não	Qual: _____			

OBS.: Não pode haver rasura neste Requerimento

Venho requerer ao CEAD/IFNMG a matrícula no **Curso de Graduação em** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, ano \_\_\_\_\_.

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e de minha total responsabilidade.

Nestes termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Requerente

Recebido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável pela matrícula Assinatura e carimbo do(a) Coordenador(a) de polo

Deferido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Indeferido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Coordenador Geral da UAB

COMPROVANTE REQUERIMENTO DE MATRÍCULA EM CURSO DE GRADUAÇÃO

Nome:	
Curso:	Polo:
Data Solicitação: ____/____/____	Atendente: