

REQUERIMENTO PARA COLAÇÃO DE GRAU

OFICIAL GABINETE

CURSO: _____ TURMA/ANO: _____

Nome: _____ RA _____

Telefones: _____

E-mail: _____

Requer a colação de grau acima especificada, tendo em vista a conclusão do curso de

Turno MATUTINO NOTURNO

Data: ____/____/____

Assinatura do(a) aluno(a)

Parecer da SRA (Secretaria e Registro Acadêmico):

() Apto

() Não apto, em débito com _____

Data: ____/____/____

Assinatura da Secretaria Acadêmica

Assessoria de Comunicação/ Cerimonial:

Colação de grau agendada para : ____/____/____.

Data: ____/____/____

Assinatura do responsável

IMPORTANTE: É obrigação do aluno, verificar o resultado do requerimento de colação de grau na Secretaria Acadêmica no encerramento do semestre letivo.

O aluno tem ciência de que as informações apresentadas no requerimento de colação de grau estão corretas e que caso a Secretaria Acadêmica verifique qualquer irregularidade em relação a sua trajetória acadêmica, o seu pedido poderá ser indeferido.