

UERJ/SR-2	GERÊNCIA DE CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO		
	FOST 06 V. 4.0	FORMULÁRIO DE MATRÍCULA - ME / DO / MP	1/2

CÓDIGO DE ATUALIZAÇÃO

INCLUSÃO

	I
--	---

ALTERAÇÃO

	A
--	---

1. Ingresso		2. Identificação			3. Curso
Ano	Período	Centro Número	Unid. Sigla	Curso Sigla	Me/Do/MP

CURSO

4. Denominação do Programa:

5. Área de Concentração:

IDENTIFICAÇÃO

06. Nome do Discente

07. CPF ()
Reg. de Estrangeiro ()

08. Matrícula (Uso SR-2)

09. Origem

() Brasileiro/Naturalizado

() Estrangeiro

10. Sexo

() Masculino

() Feminino

11. Nome do Pai

12. Nome da Mãe

13. Nascimento

Dia | Mês | Ano

14. Cidade

15. País/UF

DOCUMENTOS

16. Identidade (anexar cópia**)
Tipo

() CI

() Passaporte

() Registro de Estrangeiro

17. Número

18. Emissão - Órgão

19. UF

20. Data

ENDEREÇO

21. Logradouro (Rua, Avenida, etc...)

22. Número

23. Complemento

24. Bairro

25. CEP

26. Cidade

27. UF
Sigla

28. Telefone
DDD

Número

Ramal

29. E-mail

ASSUMO A RESPONSABILIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS

DATA / / .

Assinatura do Discente

CONFERE A DOCUMENTAÇÃO
(especialmente 06, 07, 16)

Assinatura do Servidor
(nome e matrícula ou carimbo)

** Cópia com Visto do Servidor (Confere com o original)

Nome do Discente	Programa
------------------	----------

CURSOS CONCLUÍDOS

30. Graduação Plena (Anexar Cópia Diploma e Histórico Escolar)**

Denominação do Curso

Instituição

Ano Término	Sigla Instituição	Cidade	País/UF

31. Mestrado (preencher somente se o discente concluiu o curso)
--

Denominação do Curso

Instituição

Ano Término	Sigla Instituição	Cidade	País/UF

PG UERJ - INGRESSO

32. Ingresso

Rematrícula (2ª seleção ao curso)	Forma () seleção (c/prova) () exame currículo () transferência () outra Especifique	Nº Deliberação. Ingresso ____/____ Nº Deliberação Integralização ____/____	Data (Início Curso)	Convênio
() Sim () Não	_____		Dia Mês Ano	() Sim () Não

SITUAÇÃO ATUAL

33. Atividade Docente

<input type="checkbox"/> Docente da Uerj <input type="checkbox"/> Docente de outra Ies <input type="checkbox"/> Não é docente de ensino superior <input type="checkbox"/> Docente sem vínculo com Ies	Nome da Ies _____
--	-------------------

ASSUMO A RESPONSABILIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS DATA / / . _____ Assinatura do Discente	CONFERE A DOCUMENTAÇÃO (especialmente 30, 31) _____ Assinatura do Servidor (nome e matrícula ou carimbo)
--	--

AUTORIZAÇÃO MATRÍCULA DATA / / . _____ Assinatura do Coordenador Curso (nome e matrícula ou carimbo)
--

** Cópia com visto do servidor (confere com o original).