|  |
| --- |
| **SOLICITAÇÃO DA EXPEDIÇÃO DE CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU** |
| **Nome do/a Requerente:** |  |
| Nº de matrícula: |  | Curso: |  |
| Título (Especialista): |  | Conclusão: | ( ) 1º Semestre ( ) 2º Semestre |
| Endereço: |  | Nº: |  |
| Complemento: |  | Bairro: |  |
| Cidade: |  | UF: |  | CEP: |  |
| Telefone: | ( ) | Telefone: | ( ) |
| E-mail: |  |
| **Assinatura do requerente:** |  |

|  |
| --- |
| **SOLICITAÇÃO DA EXPEDIÇÃO DE CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU** |
| **Documentação conferida e anexa:** | Consta? |
| Requerimento geral do/a estudante (solicitando a expedição do certificado) acompanhado de nada-consta da biblioteca | ( ) Sim( ) Não |
| Ata de registro da sessão de apresentação do trabalho de conclusão de curso (TCC) | ( ) Sim( ) Não |
| Histórico escolar do curso de pós-graduação concluído | ( ) Sim( ) Não |
| Diploma de graduação (frente e verso) de curso reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC) | ( ) Sim( ) Não |
| Documento de identidade com foto, preferencialmente o Registro Geral (RG) | ( ) Sim ( ) Não |
| Documento de cadastro de pessoa física (CPF) | ( ) Sim( ) Não  |
| Certidão de nascimento ou de casamento (dispensável mediante apresentação do RG como documento de identificação) | ( ) Sim ( ) Não  |
| Título de eleitor e quitação eleitoral atualizada | ( ) Sim ( ) Não  |
| Documento de quitação com o serviço militar (homens) | ( ) Sim ( ) Não  |
| TCC em mídia digital (formato PDF)  | ( ) Sim ( ) Não |
| Declaração da coordenação de curso atestado o cumprimento do disposto no art. 8º da Resolução CNE/CES nº 1 de 6 de abril de 2018 | ( ) Sim ( ) Não  |
| Integralizou a carga horária prevista no Projeto Pedagógico de Curso | ( ) Sim ( ) Não  |
| Documentação conferida em: |  **/ /**  | Assinatura: |  |

|  |
| --- |
| **RESERVADO À COORDENAÇÃO DE REGISTROS ACADÊMICOS DA REITORIA** |
| Documentação conferida em: |  **/ /**  | Assinatura: |  |

|  |
| --- |
| **Protocolo** assinado pelo/a servidor/a:  |
| **SIAPE** do/a servidor/a recebedor/a: | **Data: / /**  |

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -