REQUERIMENTO DE COLAÇÃO DE GRAU

NOME COMPLETO DO REQUERENTE

NÚMERO DE MATRÍCULA **DDD** **TELEFONE FIXO** **DDD** **CELULAR**

E-MAIL

CURSO

☐ **Bacharelado em Musicoterapia**

☐ **Bacharelado em Teologia**

☐ **Licenciatura em Música**

SOLICITAÇÃO

☐ **Colação de Grau Solene**

☐ **Colação de Grau em Gabinete**

PERÍODO LETIVO: _____/_____

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA EMISSÃO DE DIPLOMA

- Carteira de Identidade *(não pode ser CNH)*;
- CPF;
- Certidão Nascimento/Casamento;
- Histórico de Conclusão do Ensino Médio;
- Comprovante de Quitação Eleitoral;
- Comprovante de Quitação do Serviço Militar *(homens)*.

Declaro estar ciente de que a confirmação da colação de grau está condicionada à conclusão e aprovação em todas as disciplinas e atividades exigidas pela matriz curricular do curso, bem como à quitação eleitoral e de serviço militar. Declaro a responsabilidade pela veracidade e atualização dos documentos entregues no ato da matrícula, estando ciente de que os mesmos serão consultados para emissão do diploma. Declaro também a responsabilidade de providenciar e encaminhar à Secretaria Acadêmica, documentos que estiverem ilegíveis, desatualizados ou pendentes para emissão do diploma.

Data: _____/_____/_____ **Assinatura: _____**

ESPAÇO RESERVADO PARA A SECRETARIA ACADÊMICA

Resultado da análise curricular:

☐ Deferido

☐ Indeferido

Data: _____/_____/_____ Assinatura: _____