|  |  |
| --- | --- |
|  | **SOLICITAÇÃO DE MATRÍCULA DE ALUNO ESPECIAL** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Curso:** | **Mestrado em Ciência e Tecnologia de Alimentos** |
| Semestre/Ano: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dados pessoais:** | **(FOTO)**Para uso da secretaria da Pós-Graduação |
| Nome:      RA: Data Nascimento:       Local:      Estado Civil:      Identidade:       Órgão emissor:      CPF:      Endereço Residencial:      Cidade/Estado:       CEP:      E-mail:      Fone:       Celular:      Título obtido na graduação:      Instituição:      Data de conclusão:       |
|  |
| É aluno regular de Pós-Graduação em outra Instituição? [ ]  Sim [ ] NãoNome do Programa/Instituição:      Motivo pelo qual deseja cursar a disciplina:       |

Solicito matrícula nas disciplinas abaixo (máximo duas):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Código** | **Nome da disciplina** | **Aprovação do docente****(assinatura)** |
|       |       |  |
|       |       |  |

Campinas,    de       de      .

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Assinatura do solicitante |  | Visto do Coordenador |