|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 Não  Nome 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 |