Departamento de Registros Gerais e Controle Acadêmico

DRGCA

**Telefone:** *(35) 3701-9230* **E-mail:** *drgca@unifal-mg.edu.br*

**Requerimento de Matrícula**

[ ] SISU/MEC – Edital Complementar

[ ] Remanejamento Interno

[ ] Transferência Externa

[ ] Obtenção de novo título

[ ] Reingresso

[ ] Aproveitamento da lista do SISU

[ ] Rematrícula

[ ] Ingresso por Histórico Escolar

[ ] Programas Específicos

[ ] Curso de 2º Ciclo

Ao Magnífico Reitor,

Eu (nome completo)

|  |
| --- |
|  |

CPF

|  |
| --- |
|  |

Documento de Identidade (RG nº, órgão expedidor e sigla UF)

|  |
| --- |
|  |

venho requerer matrícula na Universidade Federal de Alfenas, no Curso de

|  |
| --- |
|  |

Semestre (1º ou 2º) e ano (Ex: 1º/2024)

|  |
| --- |
|  |

Para tanto declaro estar ciente de acordo com as seguintes condições:

1. que a efetivação de sua matrícula ocorrerá mediante o deferimento da mesma por autoridade competente e conferência da documentação devidamente enviada em formato digital pelo Sistema Informatizado do DRGCA, conforme estabelecem os editais, regimentos, normas e demais regulamentações que regem o processo de seleção e ingresso ao qual está se submetendo nesta instituição podendo ainda sua matrícula ser cancelada futuramente, no caso de ser detectada alguma irregularidade na documentação apresentada;
2. de não estar matriculado em curso de graduação em outra instituição pública e não possuir bolsa do Programa Universidade para Todos – PROUNI no ato da confirmação de matrícula na UNIFAL-MG.

Nestes termos, pede deferimento.

Data e local (Cidade/Sigla UF, XX/XX/XXXX):

|  |
| --- |
|  |

Assinatura:

De preferência, assine com SouGov.Br: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/assinatura-eletronica>

|  |
| --- |
| **Endereço e contato** |
| Logradouro (Rua, Av ) |  |
| Nº |  |
| Bairro |  |
| CEP |  |
| Cidade |  |
| Telefone Celular (xx) xxxxx-xxxx |  |
| Email |  |