

REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE DIPLOMA

Eu,, matriculado(a)
....., matriculado(a) como aluno(a) REGULAR no Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde, visto ter tido meu Trabalho Final do Mestrado Profissional aprovado pela Banca Examinadora, venho requerer a emissão do meu diploma, **estando ciente de que o prazo para entrega do mesmo é de 90 (noventa) dias a partir da data em que eu atender a todos os requisitos para obtenção do título de Mestre**

Pouso Alegre,/...../......

.....
Assinatura do(a) egresso(a)

Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa (PROPPES)

Av. Prof. Tuany Toledo, 470 – Fátima I – Pouso Alegre/MG – CEP: 37554-210 – Fones: (35) 3449-9231 e 3449-9248