



# REQUERIMENTO DE DIPLOMA



Protocolo nº: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA

Ilmo (a) Sr. (a) \_\_\_\_\_

MD. Diretor do Centro \_\_\_\_\_

O(a) abaixo assinado (a) \_\_\_\_\_

Portador da Carteira de Identidade n.º \_\_\_\_\_ filho(a) de: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_,

Nascido(a) a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ em \_\_\_\_\_, tendo concluído por

este Centro o (s) curso(s) de \_\_\_\_\_ ( ) BACHARELADO

( ) LICENCIATURA – Habilitação: \_\_\_\_\_

no(s) ano(s) de \_\_\_\_\_, vem requerer a expedição do(s) seu(s) diploma(s), apresentando em anexo, a documentação exigida.

Nestes termos,  
Pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do (a) Requerente

Endereço para correspondência: Rua / Av. \_\_\_\_\_ n.º \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Nº Dep: \_\_\_\_\_

Valor: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_

Responsável pelo recebimento

Nada consta da Divisão de Finanças

Nada consta da Biblioteca



# REQUERIMENTO DE DIPLOMA



NOME DO REQUERENTE: \_\_\_\_\_

CURSO: \_\_\_\_\_

HABILITAÇÃO (ÕES) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PROTOCOLO: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do Servidor

## SECRETARIA GERAL

CAMPUS UNIVERSITÁRIO Prof. Darcy Ribeiro

Av. Ruy Braga, s/n.º - Vila Mauricéia - FONE: 0XX38 3229-8042 –FAX (0xx38)3229-8043

<http://www.unimontes.br> - e-mail: [secretariageral@unimontes.br](mailto:secretariageral@unimontes.br)

MONTES CLAROS – MG CEP: 39.401-089