



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
Diretoria de Registro Acadêmico - DRA



REQUERIMENTO PARA COLAÇÃO DE GRAU EXTRAORDINÁRIA

Nome: _____ RGM _____

Telefones: _____

Email: _____

Requer colação de grau, tendo em vista a conclusão do curso de _____ na Unidade _____.

Data: ____/____/____

Assinatura do (a) aluno (a)

Parecer da DRA:

() Apto

() Não apto, em débito com _____

Data: ____/____/____

Assinatura sob carimbo

Assessoria de Comunicação/ Cerimonial:

Colação de grau agendada para : ____/____/____.

Data: ____/____/____

Assinatura sob carimbo