



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

**Justificativa do Requerente:**

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

Assinatura do (a) aluno (a)

**Parecer da Assessoria de Comunicação/ Cerimonial:**

Colação de grau agendada para : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

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

Assinatura sob carimbo