



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 (Contato: 67 3902 2520):**

(  ) 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 (Contato: 67 3902 2636 / 3902 2377):**

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

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

Assinatura sob carimbo