



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):**

() Indeferida. Motivo: _____
() Deferida. Colação de grau agendada para: ____/____/____.

Data: ____/____/____.

Assinatura sob carimbo