



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
DIRETORIA DE REGISTRO ACADÊMICO



Resolução CEPE-UEMS Nº 1.864, de 21 de junho de 2017

REQUERIMENTO COLAÇÃO DE GRAU

NOME: _____ RGM: _____

Telefones: _____

Email: _____

Requer colação de grau

Tendo em vista a conclusão do curso: _____

Unidade: _____.

Justificativa do Requerente (Anexar documentos, comprovantes, edital, etc):

Data: ____/____/____.

Assinatura do(a) aluno(a)

Parecer da coordenação do curso:

Tipo de colação: Simples () Extraordinária () Ordinária ()

Data: ____/____/____.

Assinatura (sob carimbo)

Parecer do SRED/DRA:

() Apto () Não apto, em débito com _____

Tipo de colação: Simples () Extraordinária () Ordinária ()

Data: ____/____/____.

Assinatura (sob carimbo)

Parecer da Assessoria de Cerimonial:

Contato: (67) 3902 – 2377 / Email: cerimonial@uems.br

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

Data: ____/____/____.

Assinatura (sob carimbo)