

**1 - Identificação do Interessado**

Nome: _____

Matrícula: _____

Ano de Ingresso: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

CEP: _____

UF: _____

Email: _____

Telefone: _____

2 - Curso

Ano/Semestre de formatura: _____

3 - Solicitação

Solicito à Secretaria de Registro e Controle Acadêmico do CEFET-MG:

- Colação de Grau Extraordinária
 Colação de Grau Ordinária (Sessão Solene junto aos formandos do curso)

_____/_____/_____
Data_____
Assinatura do Interessado**4 – Verificação (Uso exclusivo da CEDI/SRCA)**

Apto? () SIM

() Não

_____/_____/_____
Data_____
Assinatura do Servidor da CEDI

Justificativa ou informações adicionais:

5– Recibo do Requerimento de Colação de Grau

Nome do aluno/procurador: _____

N° de Matrícula: _____

Curso: _____

Data da Solicitação: _____

_____/_____/_____
_____**(Uso Exclusivo da CAA-CRCA/SRCA)**_____/_____
Protocolo_____
Assinatura do Servidor