



*Universidade Estadual de Maringá
Centro de Ciências Agrárias
Programa de Pós-graduação em Ciência de Alimentos*

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

REGISTRO ACADÊMICO	CÓDIGO DO CURSO	SEMESTRE/ANO
NOME DO ALUNO		INGRESSO (MÊS/ANO)

Venho requerer:

Matrícula: * Condicionada a existência de vagas na disciplina

Aluno (a) Regular () Aluno (a) Não-Regular ()
Mestrado () Doutorado ()

CÓDIGO	NOME DA DISCIPLINA	CRED.	SEM.
Total de créditos			

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Declaro estar ciente das Normas Gerais e do Regulamento Interno do Programa de Pós-Graduação em Ciência de Alimentos.

Maringá, ____ de _____ 20__.

Assinatura do (a) Aluno (a)

Assinatura do Orientador