

	<p><i>Universidade Estadual de Maringá</i> <i>Centro de Ciências Agrárias</i> <i>Programa de Pós-graduação em Ciência de Alimentos</i></p>
REQUERIMENTO DE MODIFICAÇÃO DE MATRÍCULA	
PERÍODO: ____ / ____ (semestre/ano)	

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO(A)			
NOME COMPLETO DO ALUNO		Registro Acadêmico	
Aluno (a) Regular - Mestrado	Aluno (a) Regular - Doutorado	Aluno (a) Não Regular	
Nome do Orientador:			
CÓDIGO	NOME DA DISCIPLINA	Inclusão	Cancelamento
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
-----------------------------	--------------------------