**SOLICITAÇÃO DE MATRÍCULA PROVISÓRIA EM CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

**TERMO DE COMPROMISSO PARA ENTREGA DE DIPLOMA PENDENTE**

**“Para Graduados no Brasil”**

|  |
| --- |
| **Dados do Candidato** |
| **Nome Completo:**  | **Naturalidade: Brasileira** |
|  |  |
| **Documento de Identidade:**  | **Data de Nascimento:**  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Dados da Formação Superior** |
| **Curso de Graduação/Pós-Graduação:**  | **Data da colação/Defesa Realizada:**  |
|  |  |
| **Instituição:**  | **Data Provável da Expedição do Diploma:**  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Curso/Programa de Pós-Graduação Pleiteado** |
| **Nome do Curso/Programa: Ciências Farmacêuticas** | **Matrícula: ( ) Regular ( ) Não Regular** |
|  |  |
| **Nível: ( ) Especialização ( ) Mestrado** **( ) Doutorado** | **Data de Início das Aulas:**  |
|  |  |

**O candidato acima especificado declara o que segue:**

“*Tenho o conhecimento sobre o artigo 44º inciso III da Lei Federal nº 9.394 (LDB). Ainda não possuo o diploma de graduação, mas já conclui o curso de graduação, colei grau e recebi o certificado de conclusão de curso ou equivalente. Assim sendo, solicito a minha* ***Matrícula Provisória*** *no curso de pós-graduação acima especificado e me comprometo a entregar a cópia autenticada do meu diploma de graduação até o final do curso de pós-graduação. Enquanto eu não entregá-la, para qualquer atestado, declaração ou outro documento que eu vier a solicitar, eu estou ciente e aceito que seja colocada a observação “****Matrícula Provisória!”****. Além disso, eu também estou ciente que somente farei jus e receberei o respectivo Diploma do Curso de Pós-Graduação se eu entregar a cópia autenticada do meu diploma de graduação.”*

Maringá,

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas  | Assinatura do Candidato |