MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA PARA ALUNO ESPECIAL

Nome do Aluno: _____

e-mail: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Data de nascimento: _____/_____/_____ Telefone: _____

CPF: _____ RG: _____

Tem vínculo empregatício ☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual a disponibilidade para cursar a disciplina incluindo tempo livre além do horário de aula?

Componente curricular que deseja cursar:

Código	Nome da Disciplina

Breve exposição do motivo de cursar a disciplina:

Informações curriculares (liste as informações curriculares que julgar mais importantes)

Já se submeteu a algum processo seletivo de Pós-Graduação? Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual Programa e Instituição? _____

Data: ___/___/_____

_____
Assinatura do Aluno

Parecer do Professor da Disciplina
( ) Deferido ( ) Indeferido

Assinatura e carimbo
Professor Responsável pela Disciplina

Assinatura e carimbo
Coordenador do PPGNUT