



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria - UFSM
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Mestrado

SOLICITAÇÃO DE MATRÍCULA EXTRACURRICULAR

Eu, abaixo assinado, solicito matrícula na(s) disciplina(s) a seguir com a anuência do Coordenador do curso a que estou vinculado.

Nome do solicitante: _____

Nº de Matrícula: _____

e-mail: _____

Curso/Programa de origem: _____

Telefone/Ramal do Curso: _____

Curso onde pretendo cursar as Disciplinas: _____

Disciplinas solicitadas:

NOME DA DISCIPLINA	DIA DA SEMANA E HORÁRIO	Ordem de Preferência
		1ª
		2ª

Cidade de _____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do aluno

Assinatura do Coordenador(a) do Curso