

**Ilmo. Sr(a). Coordenador(a):**

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA CAMPUS JOÃO PESSOA

**REQUERIMENTO PARA CERTIFICADO/DIPLOMA DE PÓS- GRADUAÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME** | **CPF** |
| CURSO | TURMA/TURNO |
| NASCIMENTO | NATURALIDADE | RG Nº / ÓRGÃO EXPEDIDOR |
| MATRICULA | TELEFONE | E-MAIL |
| ENDEREÇO (Rua, nº) |
| BAIRRO | CIDADE | ESTADO |

Vem requerer o CERTIFICADO/DIPLOMA DE CONCLUSÃO DE CURSO, por ter concluído todos os requisitos para conclusão do curso

**Anexos** (Só receber se a documentação estiver **completa** e **autenticada**):

|  |
| --- |
| Certidão de Nascimento /Certidão de Casamento |
| Identidade com a data de emissão |
| CPF |
| Título de Eleitor |
| Certidão de quitação eleitoral (www.tse.jus.br) |
| Carteira de reservista / CDI ou documento equivalente (sexo masculino) |
| Diploma de Curso de Graduação, acompanhado do Histórico da Graduação. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| VISTO DA BIBLIOTECA NADA CONSTADATA/ASSINATURA/CARIMBO |  | VISTO DO DOF NADA CONSTADATA/ASSINATURA/CARIMBO |  | VISTO DA CAEST NADA CONSTADATA/ASSINATURA/CARIMBO |

Nestes termos, pede deferimento.

João Pessoa, \_\_\_\_ /\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do requerente ou responsável