



UFAL

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO - DRCA

REQUERIMENTO DE EXPEDIÇÃO DE DIPLOMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

- Observação 1: Se os dados deste requerimento não estiverem corretos, somente será liberada a emissão de outro Diploma, mediante pagamento de uma nova taxa GRU...
Observação 2: O presente requerimento e os documentos necessários deverão ser anexados via sistema SIGAA e/ou entregues no programa...
Observação 3: O prazo para a expedição do Diploma de Mestrado ou Doutorado será, aproximadamente, de 120 dias...
Observação 4: Para dirimir dúvidas e para maiores informações pode entrar em contato por meio do telefone (82) 3214-1086 ou do e-mail: registro@drca.ufal.br
Observação 5: Não serão aceitos formulários com rasuras.

Documentos necessários

- O presente requerimento somente será levado a termo se apresentar em anexo os seguintes documentos:
1. Cópia da Carteira de Identidade - RG, LEGÍVEL; CNH NÃO É VALIDA POR NÃO INDICAR A NATURALIDADE;
2. Cópia do Cadastro de Pessoa Física - CPF;
3. Declaração de Quitação com a Biblioteca Central;
4. Recibo da Biblioteca comprovando a entrega da tese/dissertação através de 1 (um) impresso e 1 (um) digital...
5. Cópia do Diploma de Graduação (frente e verso);
6. Histórico escolar da Pós-graduação;
7. Ata da defesa tese/dissertação (carimbada e assinada pela Coordenação do Curso);
8. Declaração da Coordenação da Pós-graduação de que o/a aluno/a cumpriu com todas as exigências para obtenção do título requerido...
Obs: O programa deverá apresentar: Formulário para cadastro da tese/dissertação/SIGAA; Requisição para confecção do diploma/SIGAA e Solicitação de homologação de diploma /SIGAA. (Exceto para alunos do SIE)

Solicitação (Uso exclusivo do/a aluno/a)

Senhor/a Diretor/a,
Venho requerer a V.S.ª a expedição do diploma de:
 MESTRADO DOUTORADO

Dados Pessoais

Nome completo:
CPF: Data de Nascimento: ___/___/___
RG: Órgão Expedidor: Nacionalidade:
Naturalidade/Cidade: Estado:
Endereço Completo:
Telefone/s: E-mail:

Dados do curso

Nome do Programa de Pós-graduação:
Período de realização (Mês/Ano): ___/___/___ a ___/___/___ Data de Defesa da Tese: ___/___/___
Área de Concentração:

Declaração de Veracidade

Declaro estar ciente de que a falsidade nas informações apresentadas implicará penalidades cabíveis, notadamente no que diz respeito DOS CRIMES CONTRA A FÉ PÚBLICA; DA FALSIDADE DOCUMENTAL; DE OUTRAS FALSIDADES do Código Penal Brasileiro (Art. 296 ao 308).
Declaro para fins de direito, que as informações e cópias de documentos encaminhadas para o Departamento de Registro e Controle Acadêmico da Universidade Federal de Alagoas são verdadeiras e autênticas.
E por ser esta a expressão da verdade, firmo o presente.

Data: ___/___/___
Assinatura do/a aluno/a solicitante

Recebimento do Diploma

Recebi o Diploma solicitado acima.
Data: ___/___/___
Assinatura do/a aluno/a solicitante

FLUXOGRAMA - EXPEDIÇÃO DE DIPLOMA

