



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO SUL DE MINAS GERAIS
CÂMPUS TRÊS CORAÇÕES

REQUERIMENTO PARA COLAÇÃO DE GRAU EXTRAORDINÁRIA

Nome: _____ RG _____

Telefones: _____

Email: _____

Requer colação de grau, tendo em vista a conclusão do curso de _____
na Unidade _____.

Data: ____/____/____

_____ Assinatura do(a) aluno(a)

Parecer da SRA:

() Apto

() Não apto, em débito com _____

Data: ____/____/____

_____ Assinatura sob carimbo

Assessoria de Comunicação/ Cerimonial:

Colação de grau agendada para: ____/____/____.

Data: ____/____/____

_____ Assinatura sob carimbo