



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMUNIDADE

Avenida Frei Serafim, 2280 - Teresina, Piauí, CEP 64000-020
Telefone: 86-3215-4647 – E-mail: ppgsc@ufpi.edu.br



REQUERIMENTO DE DECLARAÇÃO

Eu, _____, aluno(a) do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade da UFPI, nível Mestrado, matrícula nº _____, CPF nº _____, solicito a(s) seguinte(s) declaração(ões):

()	Declaração de Matrícula
()	Declaração de Estágio Docência* * Esta declaração só será expedida uma vez que o Plano de Trabalho e o Relatório Final do Estágio Docência tiverem sido aprovados pelo Colegiado do PPGSC.
()	Expedição do Diploma** ** Esta declaração só será expedida uma vez que: 1) <u>todos</u> os créditos mínimos exigidos pelo regulamento do programa tiverem sido cumpridos e integralizados; 2) <u>toda</u> a documentação necessária para a expedição do diploma já tiver sido conferida e entregue na Secretaria do PPGSC.
()	Outra: _____ _____

Estou ciente de que a(s) declaração(ões) solicitada(s) só serão entregues após o **prazo mínimo de 72 horas (em dias úteis)**.

Teresina, _____ de _____ de 20 ____.

Requerente

Comprovante de entrega

Documento Solicitado: _____

Teresina, _____ de _____ de 20 ____.

Secretaria - PPGSC