



REQUERIMENTO DE ALTERAÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Dados do(a) aluno(a):

Nome: _____

Nome Social (Utilizar somente quando requerido a utilização do nome social):

Curso: _____ Unidade/Campus: _____

Matrícula: _____ Email: _____

CPF: _____ Fone: () _____ - _____

Alteração/inclusão dos seguintes dados cadastrais:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nome | <input type="checkbox"/> Contém acento
<input type="checkbox"/> Não contém acento | <input type="checkbox"/> Escola de conclusão do Ensino Médio |
| <input type="checkbox"/> Nome social | <input type="checkbox"/> Contém acento
<input type="checkbox"/> Não contém acento | <input type="checkbox"/> Naturalidade |
| <input type="checkbox"/> Nome do Pai/Mãe | <input type="checkbox"/> Contém acento
<input type="checkbox"/> Não contém acento | <input type="checkbox"/> RG |
| <input type="checkbox"/> Estado civil | | <input type="checkbox"/> Título de eleitor |
| <input type="checkbox"/> Raça | | <input type="checkbox"/> Certificado militar |
| <input type="checkbox"/> Tipo sanguíneo | | |

Justificativa/Complemento do pedido: (campo obrigatório)

Cidade/Data

Assinatura do(a) Requerente ou Procurador(a)

Anexos (Documentos relacionados à alteração/inclusão de dados cadastrais):

Da Secretaria/Coordenação do Curso:

Despacho (campo obrigatório):

Cidade/Data

Assinatura da Secretaria/do(a) Coordenador(a) do Curso