



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Serviço de Gestão Acadêmica



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

REQUERIMENTO

NOME: _____

TEL.: _____ **E-MAIL:** _____

CURSO: _____

_____ **ANO DE INGRESSO:** _____

SUBÁREA / LINHA DE PESQUISA: _____

ORIENTADOR (A): _____

BOLSISTA: () SIM Qual? _____ () NÃO

DISCIPLINA: _____

_____ **SEMESTRE / ANO:** _____

PROFESSOR (A) RESPONSÁVEL: _____

O ABAIXO-ASSINADO VEM REQUERER (assinalar e justificar):

(1) Reabertura de matrícula

(2) Trancamento de matrícula (Justificar no verso) Curso Disciplina

(3) Desistência do Curso (Justificar no verso)

(4) Correção Diploma Certificado Histórico Escolar

(5) Declaração Inscrição Seleção Matrícula Frequência Conclusão

(6) Matrícula em disciplina

(7) 2ªVia Diploma Certificado Histórico Escolar Crachá

(8) Contabilização de Créditos

(9) Histórico Escolar Provisório (item destinado apenas aos alunos de Mestrado e Doutorado)

(10) Outros: _____

(VIDE VERSO)

JUSTIFICATIVA:

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura eletrônica do requerente