Requerimento de Matrícula – Vínculo em Curso de Pós – Graduação *Lato Sensu*

Curso contratado: PG FARMÁCIA CLÍNICA E HOSPITALAR – 2ª EDIÇÃO

Carga horária total do curso: 376 horas

Tempo previsto para a conclusão do curso: SETEMBRO DE 2023

Forma de Pagamento: _____

Matrícula: _____

Contratante_____

Data de nascimento _____

CPF _____

Nº de identidade/Órgão expedidor _____

Endereço _____

Nº_____Complemento_____CEP _____

Bairro_____Cidade_____UF _____

Telefones _____

Email_____

Fiador_____

Data de nascimento _____

CPF _____

Nº de identidade/Órgão expedidor _____

Endereço_____

Nº_____Complemento_____CEP_____

Bairro_____Cidade_____UF_____

Telefones_____

Email _____

Cônjuge do fiador_____

Data de nascimento _____

CPF _____

Nº de identidade/Órgão expedidor _____

Endereço_____

Nº_____Complemento_____CEP_____

Bairro_____Cidade_____UF_____

Telefones_____

Email _____

Neste ato, ciente e anuente, com o Regimento da Universidade Católica de Pelotas, assino o presente requerimento que integra o Contrato de Prestação de Serviços Educacionais em Curso de Pós–Graduação Lato Sensu, cujo padrão contratual se encontra devidamente protocolado sob nº 127482 e registrado sob nº 78316 a fls. 67 no Livro B-142, no Serviço Notarial e Registral desta Comarca, pelo que concordo plenamente e assim venho solicitar a minha matrícula no curso acima mencionado.

Pelotas,_____/_____/_____

_____

Aluno ou Responsável Legal

_____ _____

Fiador Cônjuge do Fiador