

**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 2022**

**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