**REQUERIMENTO DE MATRÍCULA**

|  |  |
| --- | --- |
| Curso | **Mestrado Profissional em Controle da Administração Pública – Turma 1** |
| Nome Completo: |  |
| Nº do RG: |  |
| Nº do CPF: |  |
| Nº do Título de eleitor: |  |
| Nº do Matrícula no órgão ao qual está vinculado: |  |
| Nº do telefone para contato: |  |
| Nº do telefone alternativo: |  |
| E-mail principal: |  |
| E-mail alternativo: |  |
| Endereço completo com CEP: |  |
| Órgão ao qual está vinculado: |  |
| Cargo e unidade ao qual está vinculado: |  |
| Breve resumo da sua formação acadêmica e experiência profissional: |  |
| Link para o seu currículo lattes atualizado: |  |
| Insira neste campo uma foto sua tamanho ¾ recente |

Nos termos do Edital nº 3 de 8 de abril de 2024, solicito minha matrícula no Curso de Pós-graduação Stricto Sensu – Mestrado Profissional em Controle da Administração Pública.

Local e data:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA DIGITAL