



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS DEPARTAMENTO
DE REGISTRO E CONTROLE
ACADÊMICO DIVISÃO DE
REGISTRO DE DIPLOMAS

DRCA
DEPARTAMENTO
DE REGISTRO E
CONTROLE ACADÊMICO

REQUERIMENTO DE EMISSÃO DE SEGUNDA VIA DE DIPLOMA

DADOS DO ALUNO

Nome atual completo, sem abreviações:

Nome antigo, sem abreviações*:

Nome do curso:

Ano de conclusão:

CONTATOS

E-mail:

Telefone:

MOTIVO DO REQUERIMENTO

Danificação

Extravio

Flexão de gênero nos termos da lei 12.605/2012

Alteração do Nome

Dados do diploma**

Nº de registro

Livro:

Folha:

Nº de Processo:

Data do registro:

* Em caso de alteração de nome

**Campos não obrigatórios, serão utilizados para localizar os dados da primeira via de seu diploma. Caso possua o verso do diploma digitalizado, pode ser enviado em lugar de preencher estas informações.

Assinatura
