MATRÍCULA INICIAL – ALUNO NOVO

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, INDEPENDENTE DE CURSAR DISCIPLINA OU NÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DO(A) ALUNO(A)** | Nº USP (preenchido pelo SPG) |
| NOME DO PROGRAMA | ME [ ] MP[ ] DO [ ] DD [ ] |
| NOME DO ORIENTADOR | Nº USP |
| SE O ORIENTADOR FOR O COORDENADOR DO PROGRAMA INFORMAR:ORIENTAÇÃO ACADÊMICA ( ) SIM ( ) NÃO |
|  |
| SOLICITA MATRÍCULA NA(S) DISCIPLINAS(S): |
|  | **SIGLA** | **CIÊNCIA DO PROF. RESPONSÁVEL, ACOMPANHADA DE CARIMBO****(NO CASO DE DISCIPLINAS COM MAIS DE UM PROFESSOR RESPONSÁVEL,****BASTA A CIÊNCIA DE UM DELES)** | **DE ACORDO DO ORIENTADOR** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |

SÃO PAULO, DE DE

ASSINATURA DO ALUNO

ASSINATURA DO ORIENTADOR (ACOMPANHADA DE CARIMBO)

ASSINATURA DO COORDENADOR

**Comissão de Pós-Graduação**

Rua Teodoro Sampaio, 115, – 1º andar, Prédio do Instituto Oscar Freire, CEP 05405 - 000 – São Paulo Fones: (11) 3061-8203/8204/8205/8212/8214 – Fax: (11) 3061-8215