

	Centro Universitário METODISTA IPA	SECRETARIA ACADÊMICA DE PÓS-GRADUAÇÃO
--	---	--

FORMULÁRIO DE MATRÍCULA DECLARAÇÃO E TERMO DE ADESÃO	MATRÍCULA	SEMESTRE	ANO
---	------------------	-----------------	------------

NOME DO(A) ALUNO(A)	Programa de Pós-Graduação em:
	<input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado

FAVOR CONFERIR OS DADOS CADASTRAIS ABAIXO E PREENCHER O CAMPO CORRESPONDENTE

CADASTRO	INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES/ALTERAÇÕES
Naturalidade / Estado:	
Data de Nascimento:	
Estado Civil:	
R.G / Órgão Emissor:	
RNE (Estrangeiro):	
CPF:	
Endereço Residencial:	
Bairro:	
Cidade / Estado:	
CEP:	
Tel. Res./ Cel:	
E-mail:	

OBSERVAÇÕES:

A efetivação da matrícula se dará mediante o pagamento da primeira parcela da semestralidade

Declaro que tomei ciência e estou de acordo com:

O Regulamento de Pós-Graduação, *Stricto Sensu*, disponível no site www.metodistadosul.edu.br, do qual posso obter cópia se a solicitar

Os termos do "Contrato de Adesão - Prestação de Serviços Educacionais", cujo texto, registrado no 1º registro de Títulos e Documentos e Cível de Pessoa Jurídica de Porto Alegre, está disponível no endereço www.metodistadosul.edu.br, do qual posso obter cópia, se a solicitar.

Termo de Adesão

O contratante - assim entendido o(a) aluno(a), quando civilmente capaz nos termos da legislação em vigor, manifesta expressamente, de livre e espontânea vontade, sua ADESÃO ao "Contrato de Adesão - Prestação de Serviços Educacionais", acima mencionado

Porto Alegre, ____ / ____ / ____

Assinatura do(a) Aluno(a)	Secretaria Acadêmica de Pós-Graduação
---------------------------	---------------------------------------