**REQUERIMENTO PARA EMISSÃO DE DIPLOMA**

Nome do Aluno(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Através deste, solicito ao Senhor Secretário Acadêmico de Pós-Graduação do Centro de Ciências Agroveterinárias – CAV, emissão de Diploma do curso de (Mestrado ou Doutorado) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ em Ciência Animal.

( ) Área de Concentração Produção Animal

Especialidade: Escolher um item.

( ) Área de Concentração Saúde Animal

Especialidade: Escolher um item.

**DECLARO ESTAR CIENTE DE QUE APÓS A EMISSÃO DO DIPLOMA, NÃO PODEREI SOLICITAR ALTERAÇÕES.**

Lages (SC), \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Assinatura do(a) Aluno(a)

**DE ACORDO.**

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

Nome e Assinatura do(a) Orientador(a)