**REQUERIMENTO PARA OUTORGA DE GRAU EM GABINETE**

Senhora

Profa. Dra. **Daiane Dordete Steckert Jacobs**

Diretora Geral do CEART

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Carteira de Identidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho respeitosamente perante vossa senhoria requerer seja marcada data para colação de grau em gabinete.

**OBS.:** Conforme determina a Resolução Nº 055/2008 – CONSUNI, o requerimento deverá ser protocolado na Secretaria de Ensino de Graduação, acompanhado de documento comprobatório, expedido na sua forma original ou autenticado em Cartório.

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo: |  |
| Endereço |  |
| Telefone: |  |
| e-mail: |  |
| Curso/habilitação: |  |

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

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

##### **Assinatura do requerente**

Para uso do CEART:

|  |  |
| --- | --- |
| Data da outorga:  |  |
| Avisado ao formando: |  |
| Biblioteca: |  |
| TCC: |  |
| Histórico: |  |