



COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 470 – Térreo – Fone: 3061 7006
MATRÍCULA EM DISCIPLINA
ALUNO ESPECIAL

NOME COMPLETO:		Nº USP:	
Telefone: ()		E-mail:	
PROGRAMA			
SOLICITA MATRÍCULA NA(S) SEGUINTE(S) DISCIPLINAS(S):			
	SIGLA	CIÊNCIA DO PROFESSOR RESPONSÁVEL (EM DISCIPLINAS COM MAIS DE UM PROF. RESPONSÁVEL BASTA A CIÊNCIA DE UM DELES)	DE ACORDO DO ORIENTADOR
1			
2			
3			
4			
5			
6			

São Paulo, _____ de _____ de 20____.

ASSINATURA DO ALUNO

ANEXAR CÓPIA DO RG e CPF (somente para alunos especiais)