|  |  |
| --- | --- |
| logo ESCS 25072006 | **GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL****Escola Superior de Ciências da Saúde****Secretaria de Assuntos Acadêmicos** |
|  |

**EMISSÃO/REGISTRO DE DIPLOMA**

**1 – Identificação do Interessado**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome | Matrícula  |
| Endereço  | Cidade   | UF  | CEP  |
| E-mail  | Telefone  |

**2 – Identificação do Curso**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome  | Período Formatura Data da defesa:  |
| Graduação ( ) | Pós-Graduação ( x ) |
| **3 – Solicitação** Solicito à Escola Superior de Ciências da Saúde( x ) Emissão/Registro de Diploma( ) Emissão/Registro de 2ª (segunda) Via de Diploma\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data Assinatura/Carimbo | **4 – Procedimentos para Aquisição 2ª Via**1 – Apresentar Boletim de Ocorrência2 - Pagar Taxa de 2ª Via Diploma3 – Apresentar Documento de Identidade e  Certidão de Quitação Eleitoral\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data Assinatura/Carimbo |

**5 – Dados de Registro - SAA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data Expedição Diploma\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | Nº Registro | Nº Livro | Nº Folha |