|  |  |
| --- | --- |
| 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 Ocorrência  2 - Pagar Taxa de 2ª Via Diploma  3 – 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 |