



INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
PARAÍBA

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
CAMPUS CAJAZEIRAS

REQUERIMENTO
DIPLOMA DE CURSOS INTEGRADOS AO ENSINO MÉDIO

Ilmo. Sr. Coordenador:

| | | |
|--------------------|------------|-------------------------|
| NOME | | CPF |
| CURSO | | TURMA/TURNO |
| NASCIMENTO | NATALIDADE | RG Nº / ÓRGÃO EXPEDIDOR |
| MATRICULA | TELEFONE | E-MAIL |
| ENDEREÇO (Rua, nº) | | |
| BAIRRO | CIDADE | ESTADO |

Vem requerer o DIPLOMA DE CONCLUSÃO DE CURSO, por ter concluído todos os requisitos para conclusão do curso _____

Anexos (Só receber se a documentação estiver **completa** e **autenticada**):

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento / Certidão de Casamento |
| <input type="checkbox"/> Identidade com a data de emissão |
| <input type="checkbox"/> CPF |
| <input type="checkbox"/> Título de Eleitor e documento de quitação com a Justiça Eleitoral |
| <input type="checkbox"/> Carteira de Reservista ou CDI – Certificado de Dispensa de Incorporação (Sexo Masculino) |
| <input type="checkbox"/> Certificado e Histórico de Conclusão do Ensino Fundamental. |

| |
|---------------------------------|
| VISTO DA BIBLIOTECA NADA CONSTA |
| DATA/ASSINATURA/CARIMBO |

| |
|----------------------------|
| VISTO DA CAEST NADA CONSTA |
| DATA/ASSINATURA/CARIMBO |

Nestes termos, pede deferimento.

Cajazeiras, PB, ___/___/___

Assinatura do requerente ou responsável