Oficio S/N Local, dia de mês de ano.

A(o) Senhor(a)

Profª Drª. Luciana Cordeiro do Nascimento

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Agronomia

Centro de Ciências Agrárias – Campus II

CEP: 58.397-000 - Areia - PB - Rodovia BR 079 - Km 12

Assunto: **Requerimento de Diploma.**

Senhor Coordenador,

De acordo com o que regimenta o §1° do Art. 72 da Resolução 12/2015 do CONSEPE, ao satisfazer os requisitos do Programa de Estudos e entregar a versão final do meu trabalho de Dissertação/Tese à Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Agronomia, do Centro de Ciências Agrárias, Campus II da Universidade Federal da Paraíba, requeiro a Vossa Senhoria meu diploma de Mestre/Doutor em Agronomia.

Respeitosamente,

NOME COMPLETO DO SOLICITANTE

CPF