# UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**REQUERIMENTO DE EXPEDIÇÃO DE DIPLOMA**

| **Requerente:** |  |
| --- | --- |
| **Telefone:** |  |
| **Email:** |  |

Ilma. Sr. ª

Profa. Dra. Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa

Coordenador (a) do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família

O abaixo assinado, tendo concluído os requisitos exigidos para a obtenção do título de mestre em Saúde da Família, área de concentração Saúde da Família, vem requerer a expedição e o registro do respectivo diploma.

Encaminha, anexos a este requerimento, os seguintes documentos:

* Ata da sessão pública referente à defesa;
* Comprovante do autodepósito da versão final do Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM) realizado no SIGAA;
* Relatório Final Orientador;
* Formulário Plataforma Sucupira – CAPES preenchido;
* Cópia da carteira de identidade e CPF;
* Documento comprobatório em caso de alteração de nome;
* Cópia do diploma de graduação (frente e verso);
* Comprovante de submissão de artigo.

João Pessoa, xx/xx/2023.

