



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

VIA DA INSTITUIÇÃO