

À Secretaria da Pós-Graduação do Centro Universitário UNIFAFIBE

Eu, _____,
RG _____ Telefone _____
concluinte do Curso de Pós-Graduação _____
no Ano Letivo _____, solicito a Vossa Senhoria o registro da 2ª via do meu
certificado.

Declaro ter ciência de que o prazo para a confecção do certificado é de 3 a 6 meses.

Bebedouro, ____/____/____

Assinatura

Secretaria: _____

Providenciado em ____/____/____