

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 2<sup>a</sup> 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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_