**De:** Nome do discente concluinte

**Para:** Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Senhor(a) Coordenador(a),

Venho, por intermédio deste, solicitar a emissão de Diploma de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde tendo em vista ter integralizado todas as atividades exigidas pelo Regimento e não possuir mais pendências com o programa.

**Arquivo 1 – documentos anexados na mesma ordem listada abaixo em um único arquivo (PDF):**

1. Formulário de solicitação de diploma;
2. Cópia da carteira de identidade e CPF;
3. Cópia do título de eleitor (frente e verso);
4. Certidão de quitação eleitoral;
5. Cópia da Certidão de casamento ou nascimento;
6. Cópia do passaporte com o visto (para alunos estrangeiros);
7. Cópia do certificado de reservista (para homens) (frente e verso);
8. Cópias do histórico escolar e do diploma do curso de graduação;
9. Cópia da Ata de defesa;
10. Declaração de adimplência da Biblioteca Central da Unifap;
11. Comprovante de submissão ou publicação de artigo em periódicos especializados classificados pela CAPES em Qualis Interdisciplinar de A1 até B2 (com data de envio ou aceite de submissão)
12. Cópia do comprovante de endereço;
13. Email e telefone
14. Ata de Homologação da dissertação;

**Arquivo 2 (PDF):**

Dissertação em PDF com ficha catalográfica disponibilizada pela Biblioteca da UNIFAP e folha de aprovação devidamente assinada pelos membros da banca examinadora.

**Arquivo 3 (PDF):**

Termo de Autorização de Publicação e Declaração de Autoria (formulário disponível no site PPGCS na aba Formulários e Orientações)

**Arquivo 4 (PDF):**

Relatório de Conclusão de Curso; Termo de Encaminhamento da Versão Final (formulários disponíveis no site PPGCS na aba Formulários e Orientações)

**OBS**: Os arquivos devem ser enviados ao e-mail [ppgcs@unifap.br](mailto:ppgcs@unifap.br)

Data:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Mestrando(a)