



Formulário de Pedido de Histórico Escolar

A. Para Requerentes: Este formulário está disponível para facilitar a entrega do seu Histórico Escolar referentes à sua instituição de ensino. Você é responsável por entrar em contato com sua instituição de ensino diretamente e pelo pagamento de quaisquer taxas exigidas.

1. Preencha a parte superior do formulário. Você deve incluir o seu número de identificação da Universidade de Lethbridge.
2. Submeta este formulário para a Secretaria, Diretoria, ou outro departamento responsável, na sua instituição de ensino.
3. Se necessário, imprima cópias adicionais deste formulário.

| | | |
|---|----------------------------------|--|
| University of Lethbridge ID Number | | |
| Sobrenome(s) | | Nome(s) |
| Nome Anterior (se aplicável) | Data de Nascimento (dd-mmm-aaaa) | Email |
| Nome da Instituição de Ensino | País | Período de Frequência De _____ A _____ (mm/aaaa) (mm/aaaa) |
| Credencial Obtida (se aplicável) | Ano de graduação (se aplicável) | Especialização (se aplicável) |
| Nº de matrícula na instituição de ensino (se aplicável) | | |

Venho, por meio deste, autorizar a divulgação do meu Histórico Escolar a Universidade de Lethbridge.

Assinatura do requerente: _____ **Data:** _____

B. Para Funcionários Autorizados: A pessoa acima mencionada vem solicitar que o seu Histórico Escolar seja divulgado à Universidade de Lethbridge. Os seus registros ou histórico englobam todas as disciplinas concluídas bem como os níveis/classificações obtidos em todos os anos de ensino, o nome de qualquer credencial obtida, e a data em que foi premiado com a credencial.

1. Por favor preencha o formulário.
2. Coloque este formulário e o Histórico Escolar, incluindo traduções de idiomas Inglês se disponível, num envelope.
3. Assine e sele o verso do envelope.
4. Enviar este formulário e os registros acadêmicos diretamente à Universidade de Lethbridge em:

Admissions
University of Lethbridge
4401 University Drive West
Lethbridge, AB T1K 3M4
Canada

| | |
|--|------------------------------------|
| Nome da Instituição | |
| Credencial Obtida (se aplicável) | Data da Colação de Grau: (mês/ano) |
| Nome do Funcionário Responsável pelo Formulário: (em letra de forma) | Cargo/Função |
| Telefone | Email |

Assinatura autorizada e carimbo: _____ **Data:** _____