

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Vice-Presidência de Educação,
Informação e Comunicação



ORIENTAÇÕES PARA MATRÍCULA

Os candidatos selecionados para matrícula deverão entregar, no endereço informado abaixo, todos os documentos exigidos listados (**informar no envelope: Matrícula Curso de Mestrado Profissional PROFSaúde**).

LOCAL PARA ENVIO DA DOCUMENTAÇÃO DE CONFIRMAÇÃO DE MATRÍCULA – ENVIAR POR SEDEX:

Escola Superior de Ciência da Saúde - Fabio Ferreira Amorim

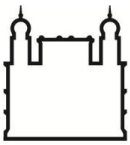
SMHN Quadra 03, conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, CEP: 70.710-907, Brasília/DF

Período de Matrícula: 26/03/2017 a 04/04/2017

DOCUMENTOS PARA MATRÍCULA:

- a) **FICHA DE MATRÍCULA** (ANEXO I – devidamente preenchida em letra de forma)
- b) **Fotocópia autenticada e legível do Diploma de Graduação** (frente e verso na mesma folha).
No caso de candidato que tenha obtido sua graduação no exterior, este deverá apresentar cópia autenticada de seu diploma devidamente revalidado por universidade brasileira.
- c) **Fotocópia autenticada e legível de documento de Identidade em que conste o campo naturalidade** (frente e verso na mesma folha).
- d) **Fotocópia autenticada e legível do CPF** (frente e verso na mesma folha). Dispensado caso conste o número na Carteira de Identidade.
- e) **Fotocópia legível da Certidão de Casamento**, caso haja mudança de nome.

NOTA: as fotocópias devem ser encaminhadas em **papel A4 na cor branca**.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Vice-Presidência de Educação,
Informação e Comunicação



ANEXO I

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAÚDE / 2017

FICHA DE MATRÍCULA - 2017

NOME: _____

ASSOCIADA: ESCS

POLO (ESTADO): _____

CPF Nº _____, RG Nº _____, ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____,

DATA DE EXPEDIÇÃO: ___/___/___ DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___, NATURALIDADE: _____

_____, CIDADE DE NASCIMENTO: _____, SEXO: _____,

ESTADO CIVIL: _____, RESIDENTE À _____

_____, Nº _____, COMPLEMENTO, _____

UF: _____ CIDADE _____, CEP _____ - _____, TELEFONE RESIDENCIAL (COM DDD)

_____ CELULAR _____, E-MAIL: _____

DADOS DA GRADUAÇÃO – CURSO: _____ IES: _____ ANO TITULAÇÃO: _____

VINCULO EMPREGATÍCIO – INSTITUIÇÃO/LOCAL: _____ UF: _____.

VENHO REQUERER MATRÍCULA NO CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 2017.

NESTES TERMOS, PEDE DEFERIMENTO

_____/_____/_____/_____

Assinatura Candidato(a)