**Anexo I - FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA O PROCESSO SELETIVO DE BOLSISTA DE MONITORIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME:** |  | **N° MATR.:** |  |
|  |
| **N° DO RG:** |  | **ÓRGÃO EXP.:** |  | **UF EXP.:** |  |
|  |
| **N° DO CPF:** |  | **DATA DE NASCIMENTO:** |  |
|  |
| **CURSO:** |  | **PERÍODO:** |  | **TURMA:** |  |
|  |
| **NOME DA MÃE:** |  | **NOME DO PAI:** |  |
|  |
| **NACIONALIDADE:** |  | **NATURALIDADE:** |  |
|  |
| **ENDEREÇO:** |  |
|  |
| **BAIRRO:** |  | **CEP:** |  | **CIDADE/UF:** |  |
|  |
| **TELEFONE RESIDENCIAL:** | ( )  | **TELEFONE CELULAR:** | ( )  |
|  |
| **DISCIPLINA PARA QUAL SOLICITA INSCRIÇÃO:** |  |
|  |
| **E-MAIL:** |  |
|  |
| **UNIDADE:** |  | **DEPARTAMENTO:** |  |

Declaro serem verdadeiros os dados acima apresentados e solicito a homologação de minha inscrição no Processo Seletivo para Bolsista de Monitoria (Edital \_\_\_/\_\_\_\_\_) junto ao Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.

Goiânia,\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2015

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Assinatura do Candidato |  |

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Após certificação de que o candidato atendeu a todos os requisitos necessários para sua inscrição no Processo Seletivo para Bolsista de Monitoria, conforme Edital \_\_\_/\_\_\_\_\_, o Chefe do Departamento de Pediatria juntamente com a Comissão de Seleção da disciplina para qual o candidato se inscreveu HOMOLOGAM sua inscrição.

Goiânia,\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2015

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Chefe do Departamento Pediatria |  | Membro 1 da Comissão de Seleção |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Membro 2 da Comissão de Seleção |  | Membro 3 da Comissão de Seleção |