**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 |