

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Vice-Presidência de Educação,
Informação e Comunicação

ANEXO I



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 ENTREGA OU ENVIO (ENVIO POR SEDEX) DA DOCUMENTAÇÃO DE CONFIRMAÇÃO DE MATRÍCULA

UFMA- MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Campus do Bacanga, Avenida dos Portugueses 1966. Prédio do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Sala 03 Térreo. CEP 65080-805. São Luís MA. (98) 32729520 e (98) 32729521). Telefone celular da coordenação: (98) 991671385

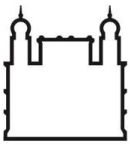
Período de Matrícula: 22 de março a 04 de abril de 2017 matrícula dos classificados
10 a 17 de abril matrícula de suplentes de vagas de desistentes

Início do Curso: 05 de maio será o 1º Encontro Presencial em todas as Universidades

DOCUMENTOS PARA MATRÍCULA: **PADRÃO ADOTADO PARA FIOCRUZ**

- a) **FICHA DE MATRÍCULA** (ANEXO II – 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



MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAÚDE / 2017

FICHA DE MATRÍCULA - 2017

NOME: _____

ASSOCIADA / POLO: São Luís-MA

() Universidade Federal do Maranhão

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)