

ANEXO 1

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO TRANSFERÊNCIA EXTERNA 2021/1

MEDICINA


 UNIVERSIDADE
VILA VELHA
ESPIRITO SANTO

Nome do candidato:

CPF:	RG:	
Endereço:	Nº:	
Compl.:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:
E-mail:	Tel.: 1)	2)

 Curso pretendido: **MEDICINA** Turno: **DIURNO INTEGRAL** Período: _____
 Participa de algum programa de bolsa? () Sim () Não Se sim qual? () FIES () NOSSA BOLSA () PROUNI () Outra
DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA: Conforme orientação em edital.

<input type="checkbox"/> Histórico Escolar	<input type="checkbox"/> Declaração contendo a metodologia de ensino da outra IES
<input type="checkbox"/> Programação dos estudos e habilidades realizados	<input type="checkbox"/> Cópia da matriz curricular
<input type="checkbox"/> Declaração de regularidade de matrícula, constando que não se encontra <i>sub-judice</i>	<input type="checkbox"/> Cópia do RG
	<input type="checkbox"/> Cópia do CPF

ENDEREÇO DA INSTITUIÇÃO DE ORIGEM

NOME DA INSTITUIÇÃO:	
Rua:	Nº:
Bairro:	Cidade:
UF:	CEP:
Assinatura do candidato:	
Data: ____/____/____	

PARA PREENCHIMENTO INTERNO

Encaminhamento:
Assinatura: _____ Data: ____/____/____
Parecer da Coordenação de Curso:
<input type="checkbox"/> Deferido
<input type="checkbox"/> Indeferido
Assinatura: _____ Data: ____/____/____
Processamento Acadêmico Final:
<input type="checkbox"/> Deferido
<input type="checkbox"/> Indeferido
Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Autenticação

Findo o prazo de seleção, os documentos entregues para análise ficarão à disposição dos candidatos para retirada no prazo de 90 dias, após este prazo serão destruídos.

Carimbo e assinatura do funcionário responsável