



DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

FICHA DE INSCRIÇÃO PROGRAMA DE MONITORIA DE GRADUAÇÃO DISCIPLINA: CLÍNICA MÉDICA III - LABORATÓRIO DE SIMULAÇÃO

INSCRIÇÃO N°

A SER PREENCHIDO PELO CANDIDATO, OU PROCURADOR, NO ATO DA INSCRIÇÃO

Nome do Candidato:	
Período Atual :	
Data de Nascimento : _____ / _____ / _____	
Telefones para contato: e-mail:	
Carteira de Identidade:	CPF:

Apresentar no ato:

- Carteira de Identidade e CPF (cópia)
- RSG
- Texto explicando a importância da simulação no ensino médico (01 página)
- Ficha de inscrição com o quadro de disponibilidade preenchido
- Curriculum (preferência lattes)

QUADRO DE DISPONIBILIDADE DE HORÁRIO

MANHÃ	TARDE

Declaro que as informações acima são verdadeiras e que li o Edital e que estou de acordo com ele e com as informações dessa Ficha de Inscrição.

Assinatura do Candidato ou do Procurador

Data: ____/____/_____