**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO PARA DISCIPLINAS ISOLADAS - 2025.1**

**\*Preenchimento OBRIGATÓRIO: DIGITE as informações, depois imprima e assine**

**(pode ser assinatura GOV)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| \*Nome do(a) candidato(a): | | | | |
| \*RG: | | Data de expedição: | | Órgão expedidor: |
| \*CPF: | | | | |
| \*Endereço – Rua: | | | | |
| \*Nº: | \*Bairro: | | \*Cidade: | |
| \*UF: | | \*CEP: | | |
| Telefone residencial: | | \*Telefone celular: | | |
| \*Telefone para urgências(familiar): | | | | |
| \*E-mail 1 (principal): | | | | |
| E-mail 2: | | | | |
| Raça: ( )Branca ( )Preta ( )Parda ( )Indígena ( )Amarelo | | | | |
| Estado civil ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( )Separado judicialmente ( ) Viúvo ( ) Não informado | | | | |
| \*Curso de Graduação: | | | | |
| \*Instituição: | | | | \*Ano conclusão: |
| Pós-Graduação em: | | | | |
| Instituição: | | | | Ano conclusão: |
| **Programa de Pós-graduação em:** | | | | |
| **Disciplina pretendida:** | | | | |

Informar se precisa de atendimento especial para as aulas (ex: tradutor/intérprete de Libras)

( ) Não. ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro que li e concordo com as normas do **Edital nº 1/CAPPGCH/UFFS/2025.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do(a) candidato(a)**