

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA PARA DISCIPLINAS ISOLADAS - 2024.1

*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: Ciências Biomédicas (PPGCB)		
Assinale a Disciplina em que solicita matrícula:		
<input type="checkbox"/> Exercício Físico e Práticas Integrativas Complementares aplicada à Saúde e Bem-estar		
<input type="checkbox"/> Tópicos em Síndrome Metabólica		

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/2024.**

Assinatura do(a) candidato(a)

*** Digitalizar os documentos na ordem disposta no edital (documentos salvos em um único arquivo PDF) e anexá-lo ao e-mail de inscrição.**